FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 novembre 1869

PAR LOUIS HALLEZ

Né à Lille (Nord)



INTERNE EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE DES HOPITAUX DE PARIS

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LILLE

DES

LOCALISATIONS RHUMATISMALES

QUI PEUVENT PRÉCÉDER

LA LOCALISATION ARTICULAIRE AIGUE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LILLE, IMPRIMERIE LEFEBVRE-DUCROCQ.

57, Rue Esquermoise, 57

1869

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs,	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	LASEGUE.
Pathologie médicale	AXENFEL. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. VERNEUIL.
Anatomie pathologique	VULPIAN.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveaux-nés	PAJOT.
Pathologie comparée et expérimentale	BROWN-SÉQUARD. chargé des cours
Clinique médicale	BOUILLAUD. SÉE (G). N. BÉHIER.
Clinique chirurgicale	LAUGIER. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le baron PAUL DUBOIS.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le baron J. CLOQUET, CUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DESPLATS.	MM. JACCOUD.	MM. PAUL.
BALL.	DUPLAY.	JOULIN.	PERRIER.
BLACHEZ.	FOURNIER.	LABBÉ (LÉON).	PETER.
BUCQUOY.	GRIMAUX.	LEFORT.	POLAILLON.
CRUVEILHIER.	GUYON.	LUTZ.	PROUST.
DE SEYNES.	ISAMBERT.	PANAS.	RAYNAUD.
			TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N*.
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N*.
— de l'ophthalmologie	*N*.
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Président de la thèse.

M. BOUCHARDAT.

M. FORGET, *Secrétaire*.

A MON PÈRE

C'est à vous, cher père, que je dédie ce travail. Recevez-le comme un témoignage de ma respectueuse gratitude pour l'admirable dévouement dont vous m'avez donné et voulez encore me donner tant de preuves.

L. H.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A M. H. LACAZE-DUTHIERS

DOCTEUR EN MÉDECINE ET DOCTEUR ÈS-SCIENCES,
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

En témoignage de ma reconnaissance pour les nombreuses preuves d'intérêt qu'il m'a données.

A LA MÉMOIRE DE

M. LE DOCTEUR LÉGER,

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU.

A MON SAVANT MAÎTRE

M. EMPIS

MÉDECIN DE LA PITIÉ, PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Je prie MM. Alphonse GUÉRIN, HÉRARD, TILLAUX, MOLLAND, Constantin PAUL, mes maîtres dans les hôpitaux, de recevoir mes remerciements pour les utiles principes que j'ai puisés dans leur pratique.

Je prie M. le docteur CAZENEUVE et mes premiers maîtres de l'Ecole de Lille d'agréer mes remerciements pour les bonnes leçons que je leur dois.

DES

LOCALISATIONS RHUMATISMALES

QUI PEUVENT PRÉCÉDER

LA LOCALISATION ARTICULAIRE AIGUE

AVANT-PROPOS

Le rhumatisme articulaire aigu n'est pas plus le rhumatisme que la phthisie pulmonaire n'est la tuberculose. Mais de même que l'on va chercher au sommet du poumon le critérium le plus certain quand on veut démontrer la nature tuberculeuse d'une tumeur, de même on a toute raison d'interroger les articulations quand il s'agit de rattacher au rhumatisme une maladie ou un symptôme.

C'est en effet l'arthrite qui constitue l'accident le plus fréquent et le mieux caractérisé de l'affection rhumatismale aiguë : c'est elle que l'on est habitué à considérer comme son expression la mieux déterminée et la plus aisée à reconnaître, à tel point qu'il est difficile de ne pas voir se présenter à l'esprit la phlogose des articulations quand on vient à prononcer ce mot : *rhumatisme.*

Ce n'est cependant qu'un symptôme du rhumatisme, ou plutôt ce n'est qu'une des *maladies* de cette *affection* générale. Le rhumatisme n'est pas une maladie des jointures, s'accompagnant ou non d'un appareil fébrile, pouvant avoir ou n'avoir pas de complications viscérales : c'est une affection *générale,* dans laquelle rentrent, toutes au même titre, des lésions multiples, vers tous les organes. Au milieu de toutes

ces lésions, qu'elle ne domine que par sa plus grande fréquence, se range l'arthrite, mais, au point de vue de la pathologie générale, il faut la considérer comme l'égale de la détermination la plus rare et la moins étudiée.

Un seul phénomène, la fièvre, est constant dans le rhumatisme aigu, fièvre qui a ses caractères propres, et qui tient alors sous sa dépendance des lésions et des localisations multiples. A un degré plus ou moins accusé, on la retrouve toujours ; autour d'elle se groupent les nombreuses localisations du rhumatisme, mais elle les précède et les voit éclore. Elle peut du reste exister indépendamment de toute autre manifestation, et Graves enseigne que, même isolée ainsi, on peut la reconnaître aux caractères généraux qu'il indique et que nous rappellerons plus loin. Ce serait, dans ce cas, le rhumatisme réduit, en quelque sorte, à sa plus simple expression, mais en même temps à son expression nécessaire et primitive.

Les localisations viscérales qui se rattachent à cette fièvre rhumatismale sont nombreuses. Ce sont d'abord les inflammations des séreuses, et en particulier des séreuses articulaires ; l'endocardite, la péricardite, la pleurésie, la péritonite, la méningite ; les manifestations sur le tube digestif, l'entérite, la dysentérie ; les manifestations sur l'appareil respiratoire, la pneumonie, la bronchite ; sur l'appareil urinaire, la néphrite ; sur le système nerveux, les différentes formes de rhumatisme cérébral et spinal, la chorée, la névralgie ; sur la peau, les érythèmes, etc.

Voilà déjà une bien longue énumération, et nous sommes incomplets.

Comment, au milieu de toutes ces localisations, reconnaître l'affection rhumatismale ? Comment arriver à préciser la nature de toutes ces lésions si diverses en apparence par le siége de leur évolution et leur caractère anatomo-physiologiques ? La clinique a rassemblé un certain nombre de principes généraux qui peuvent servir de guide dans cette diagnose et que nous allons essayer de grouper et de décrire.

Il serait à désirer que les caractères que Graves a assignés

à la fièvre rhumatismale fussent absolus. Comme elle est l'accompagnement constant des maladies rhumatismales, il suffirait, pour en établir la nature, de reconnaître ces caractères et d'en tirer des conclusions. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et si, par exemple, les sueurs profuses et spéciales, qui sont le trait le plus marquant de cette fièvre, peuvent, dans certains cas rares, mettre sur la voie, elles ne suffisent pas pour préciser un diagnostic et le rendre certain. Il faut donc chercher ailleurs le critérium nécessaire.

Comme nous le disions en commençant, ce critérium sera l'arthrite pour un grand nombre de faits. Nous avons quitté le caractère essentiel de l'affection pour entrer sur le terrain des localisations, et parmi celles-ci il est tout naturel que nous choisissions la plus fréquente et celle qui en même temps est le mieux caractérisée en tant que maladie rhumatismale. L'arthrite sera donc, dans la plupart des cas, un moyen précieux de diagnostic, soit que nous la voyions précéder la manifestation qu'il s'agit de déterminer, soit même que nous la trouvions dans les antécédents du malade.

Mais il s'en faut encore de beaucoup que l'arthrite suffise à résoudre le problème. Il peut, en effet, se présenter deux cas : ou bien l'arthrite ne surviendra que secondairement à l'apparition des localisations sur les viscères, ou même elle fera complètement défaut. De là une difficulté à laquelle peut s'ajouter l'objection suivante : à savoir qu'une concomitance dans les maladies ne prouve pas absolument l'analogie pathogénique, et que telle lésion organique peut très bien apparaître et terminer son évolution dans le cours d'un rhumatisme articulaire sans qu'on puisse en conclure qu'il y a unité d'origine entre ces deux maladies.

Ni la fièvre, trouble essentiel, ni l'arthrite, localisation la plus fréquente, ne peuvent donc nous suffire dans cette investigation, et nous devons chercher ailleurs le guide qui nous fait encore défaut.

Ce guide, nous le trouvons dans les caractères généraux

des maladies rhumatismales, caractères que nous allons rapidement exposer.

On a donné comme caractère propre à l'affection rhumatismale la prompte résolution des inflammations, lesquelles ne se termineraient jamais par suppuration. De nombreuses observations sont venues démontrer, pour l'arthrite en particulier, que cette règle était loin d'être absolue. Cependant le fait n'en reste pas moins comme très général.

A côté se range l'influence constante, au début des accidents rhumatismaux, du froid qui serait, suivant M. Bouillaud, la cause essentielle et unique de ces accidents, et à laquelle il faudrait ajouter la prédisposition constitutionnelle du sujet à être impressionné par cette influence. Nous ne trouvons pas là un moyen diagnostique suffisant, car il est impossible, en clinique, de rattacher au rhumatisme toutes les maladies *à frigore* :

Le caractère le plus essentiel des maladies rhumatismales c'est *l'erratisme*. Et cet erratisme est constatable dans l'économie et dans l'organe.

Dans l'économie, c'est cet erratisme qui a longtemps servi de base à la doctrine de la métastase considérée comme un transport de l'humeur rhumatique. C'était une mauvaise interprétation d'un fait vrai. Un caractère de l'affection rhumatismale c'est en effet de parcourir l'économie entière et d'avoir un retentissement, soit successif, soit simultané, sur la plupart des organes. Tantôt elle débute par les articulations et, tout en y demeurant fixe, envahit le cœur et le poumon ; tantôt au contraire elle apparaît primitivement dans un organe pour envahir d'autres organes, ou secondairement les articulations. Très rarement l'affection est limitée à un organe, elle est simultanément ou successivement multiple.

Il en résulte que les manifestations rhumatismales seront rarement isolées. Prenons un exemple : on verra plus loin dans notre vingt-cinquième observation l'histoire d'une malade qui, à son entrée, présente les signes d'un épanchement pleural et d'une péricardite ; en dehors de tout antécédent rhumatismal per-

sonnel à la malade, en dehors de toute constatation d'une marche et d'un début particulier dans ces inflammations, cette concomitance des deux maladies fit à elle seule prévoir la possibilité d'une influence rhumatismale, et l'apparition ultérieure d'une arthrite vint démontrer qu'on avait supposé juste.

A côté de cette union et de cette marche parallèle, l'alternance a la même valeur. C'est ainsi que l'on sera en droit de diagnostiquer la nature rhumatismale d'une pneumonie, par exemple, lorsqu'elle présentera dans sa marche des alternatives de haut et de bas correspondant avec des variations en sens contraire dans une inflammation articulaire. C'est cette alternative dont l'observation XXII nous offre un frappant exemple.

Ainsi l'influence rhumatismale s'exerce sur toute l'économie; cette influence *erre* sur tous les organes; elle peut les frapper successivement ou simultanément, présenter ces singulières alternatives dans l'intensité de l'inflammation occupant deux ou plusieurs organes, ou faire marcher de front plusieurs maladies analogues. C'est un des caractères généraux du rhumatisme aigu qui ont le plus de valeur.

A côté de cet *erratisme dans l'organisme* vient se placer *l'erratisme dans un organe.* Prenons un exemple :

Deux individus se trouvent exposés à la même influence du froid. Tous deux prennent une pneumonie. Mais l'un deux est rhumatisant, l'autre ne l'est pas. La pneumonie n'aura pas la même marche et ne présentera pas les mêmes signes dans les deux cas.

L'un prendra une pneumonie franche; le poumon enflammé passera par les trois périodes classiques, et cette inflammation pourra se terminer par la suppuration dans la partie de l'organe primitivement atteinte.

L'autre prendra une *pneumonie rhumatismale,* c'est-à-dire une pneumonie à marche capricieuse, irrégulière. Nous ne voulons pas dire que le rhumatisant ne pourra pas prendre une pneumonie franche, mais il est prédisposé par sa constitution à prendre celle que nous décrivons. La fluxion inflammatoire

occupera aujourd'hui telle portion de ce poumon et demain telle autre; là où s'entend aujourd'hui du râle crépitant, dans vingt-quatre heures s'entendra du râle redux, nous n'aurons pas eu de souffle tubaire; au point où l'on perçoit le souffle tubaire, demain la respiration normale sera revenue; et rarement cette forme de pneumonie arrivera à suppuration. Comme nous voyons les diverses articulations prises successivement, nous verrons les deux poumons ou les diverses portions de l'un d'eux se prendre et guérir successivement; il y aura en un mot, erratisme de la maladie dans l'organe, comme il y a erratisme de l'affection dans l'économie.

Ainsi, voici un premier caractère de l'affection rhumatismale, l'erratisme dans l'organisme et dans l'organe que nous pouvons appeler *la mobilité dans le lieu.*

Un autre phénomène général très caractéristique de l'affection rhumatismale, c'est ce que nous appellerons *la mobilité dans le temps*. Et par là nous entendons qu'il y a désordre absolu dans l'apparition successive des localisations du rhumatisme aigu; aucune de ces localisations n'a un temps fixe d'apparition.

Le rhumatisme aigu débute ordinairement par l'arthrite, mais ce fait est loin d'être constant. Il peut en effet se présenter quatre cas :

Ou bien les douleurs articulaires précèdent et accompagnent les manifestations viscérales ;

Ou bien les douleurs articulaires, de très courte durée, sont suivies de manifestations viscérales graves, et ayant une évolution longue;

Ou bien les douleurs articulaires n'apparaissent que postérieurement aux manifestations viscérales ;

Ou bien, enfin, elles font défaut complètement et les manifestations viscérales seules dénotent l'existence du rhumatisme aigu.

A l'appui de chacune de ces propositions, nous pourrions apporter de nombreuses et remarquables observations qui nous sont personnelles ou qui nous avaient été obligeamment com-

muniquées; malheureusement le temps nous manque pour développer chacune d'elles.

Ainsi nous ne prenons qu'une seule localisation, l'arthrite, et nous voyons combien de variations l'époque de son apparition peut nous offrir. Il y a donc désordre absolu, au point qu'il n'est plus possible de décrire au rhumatisme aigu une marche régulière. C'est ce désordre même dans le moment de l'apparition des phénomènes qui constitue, suivant nous, un des plus importants caractères de l'affection rhumatismale.

De tous ces faits que nous venons d'exposer, il résulte que l'on peut donner du rhumatisme aigu la définition suivante :

C'est une affection générale, fébrile, dans laquelle rentrent des lésions et des symptômes multiples qui, réunis ou séparés, affirment leur nature rhumatismale par les deux grands caractères cliniques que nous avons indiqués : la mobilité dans le lieu, et la mobilité dans le temps.

Nous aurions voulu faire du rhumatisme une étude plus générale, étudier, par exemple, chacune de ces formes que nous avons indiquées, si différentes par le moment de l'apparition, par la durée ou l'absence de l'arthrite. Nous devons cependant restreindre notre sujet, et nous ne voulons faire l'étude que de l'une de ces formes, celle où différentes localisations peuvent précéder la localisation articulaire aiguë.

Ainsi limitée, cette question a encore son importance. Au point de vue des doctrines qui ont régné sur la nature du rhumatisme, elle renverse la théorie de la métastase des articulations sur les viscères en nous montrant les viscères primitivement atteints dans certains cas ; au point de vue du diagnostic, elle nous montre les formes variées que peut revêtir le début du rhumatisme articulaire aigu, et nous prévient d'une cause d'erreur possible ; elle a pour le pronostic de certains phénomènes une valeur très grande ; elle peut enfin fournir pour le traitement des indications utiles.

Il est bon que le médecin ait présents à l'esprit des faits de ce genre, et nous verrons dans plusieurs de nos observations l'influence qu'a pu avoir sur le traitement à suivre ou à éviter le diagnostic de la nature vraie de ces localisations viscérales survenant d'emblée.

L'ordre que nous avons adopté est le suivant : nous passerons successivement en revue chacune des localisations du rhumatisme, et nous rassemblerons les faits dans lesquels on l'a vu se montrer avant la localisation sur les jointures. De cette façon nous aurons démontré que le rhumatisme articulaire aigu peut être précédé de manifestations multiples, et, d'une façon plus générale, qu'il y a une mobilité extrême dans l'ordre d'apparition des phénomènes, ce qui constitue, nous le répétons, un des grands caractères de l'affection rhumatismale.

CHAPITRE I.

Localisations cardiaques et péricardiques.

L'endocardite, la péricardite et l'endopéricardite peuvent précéder la manifestation articulaire et être pendant quelque temps la seule localisation du rhumatisme aigu.

Si nous commençons l'étude des manifestations viscérales qui peuvent se produire d'emblée dans le cours d'un rhumatisme aigu par l'étude de la péricardite et de l'endocardite, c'est que de toutes les localisations de cette affection ce sont les plus fréquentes après la localisation articulaire.

C'est en même temps sur ces inflammations cardiaques que l'attention a été surtout attirée, et, bien que, dès le siècle dernier, Holl ait insisté sur les fluxions et inflammations rhumatismales multiples, telles que la pleurésie, l'angine, le coryza, la dysentérie, etc., on peut dire cependant que ces inflammations cardiaques ont servi de point de départ à la doctrine de la généralisation de l'affection rhumatismale, telle qu'elle est admise aujourd'hui.

Il convient donc de commencer l'examen que nous avons à faire de la série des manifestations viscérales par l'étude des lésions les plus fréquentes, les mieux étudiées, et en même temps les plus graves par leur action pendant la période aiguë, et par leurs conséquences ultérieures.

I. — La découverte de la coïncidence des affections aiguës du cœur et du péricarde avec le rhumatisme est récente. Elle appartient à notre siècle. Cependant, avant cette époque, certains auteurs avaient recueilli des faits qui ont leur place marquée dans l'étude de cette question [1].

[1] C'est au *Traité de pathologie interne* de MM. Hardy et Béhier que nous empruntons les principaux traits de ce rapide historique.

L'année 1788 est la date la plus ancienne que nous trouvions assignée par les auteurs aux observations sur ce sujet. A cette époque, un médecin anglais, David Pitcairn, observa pour la première fois la grande fréquence des maladies organiques du cœur chez les rhumatisants et créa le mot de *rhumatisme du cœur*. C'est dans des leçons orales qu'il se contenta de développer ses idées, mais elles furent recueillies et publiées dans le *Traité d'anatomie pathologique* de Baillie (1797).

Vers 1800, Odier *(Manuel de médecine pratique)* attire l'attention sur une affection du cœur qui viendrait compliquer le rhumatisme articulaire aigu, et qui serait caractérisée par de la fièvre, de l'irrégularité et de la fréquence du pouls, de l'anxiété, de l'oppression et de la toux.

En 1803, Wagtstaffe, médecin anglais, publiait une observation de péricardite rhumatismale avec autopsie.

En 1806, David Dundas, écrit un mémoire publié dans les *Transactions médico-chirurgicales* (3e édit., 1815) dans lequel il relate neuf observations de cette affection aiguë du cœur précédée de rhumatisme articulaire dans les neuf cas. Dans six cas l'autopsie révéla des lésions du péricarde et de l'hypertrophie cardiaque.

Des faits analogues sont relatés par Wells (*Médico-surgical transaction*, 1812), Matthey (1816) lequel avance que le rhumatisme du cœur peut se terminer par une maladie chronique de cet organe.

Cette même année (1816), Duncan, dans un article inséré dans *Edinburgh medical and surgical journal*, et intitulé : « *Case of inflammation of the heart,* » publie une observation de péricardite accompagnant un rhumatisme articulaire aigu.

En 1817, Scudamore, parlant du rhumatisme articulaire, écrit : « Le péricarde quelquefois même devient le siége d'une action morbifique semblable, qui, selon moi, est secondaire, et déterminée par l'inflammation qui affecte quelque partie du tissu tendineux du cœur. Heureusement cette ren-

contre est très rare dans le rhumatisme aigu. » Il cite alors un fait dans lequel le rhumatisme se porta sur le cœur *sans être entièrement suspendu à l'intérieur ;* à l'autopsie, le péricarde se trouva tapissé par « des couches récentes de lymphe coagulable ; il y en avait aussi partiellement à la surface du cœur. Le péricarde était épais, et contenait dix onces de sérosité trouble [1] ».

En 1820, Guilbert, médecin de l'hôpital Cochin, donne la traduction d'un ouvrage de James Johnson, intitulé *Practical researches on the pathology, treatment and prevention of rheumatism*. Guilbert s'exprime ainsi : « J'ai voulu faire connaître à mes compatriotes un ouvrage qui contient, entre autres choses intéressantes, des faits précieux sur le *rhumatisme du cœur*... » Et dans cette description du rhumatisme cardiaque, considéré comme une métastase sur le cœur, on trouve, suivant MM. Hardy et Béhier, « une histoire assez complète de la maladie désignée depuis sous le nom d'*endocardite* par M. Bouillaud ; et, bien qu'il y ait en titre *Métastase*, l'auteur signale cependant la *coïncidence* de cette maladie avec le rhumatisme des articulations [2] ».

Mais si dans ces *Recherches* de Johnson se trouve indiquée l'inflammation de l'endocarde, si même l'une des observations du mémoire de Wells parle de végétations verruqueuses développées à la face interne du ventricule gauche, il faut bien avouer que jusqu'à cette époque les faits observés sont surtout des faits de péricardite, et que c'est à cette maladie qu'il faut rapporter tous ou presque tous les faits d'affection aiguë du cœur rattachés au rhumatisme, soit comme faits de coïncidence, soit comme faits de métastase.

Citons encore Kreysig qui, en 1815, décrit sous le nom de cardite polypeuse (*carditis polyposa*) des altérations de la face interne du cœur qui se rattachent manifestement, pour lui, aux

1 Scudamore, traduction de Deschamps, Paris, 1820, p. 615.

2 Hardy et Béhier, *Traité de pathologie interne*, 2me édit., t. II, p. 905.

maladies des jointures. Il se prononce pour l'origine inflammatoire de ces produits.

A cette époque a lieu la grande découverte qui devait ouvrir un nouveau champ aux investigations médicales; Laënnec découvre l'auscultation. Ce nouveau moyen d'investigation va donner lieu à l'apparition de travaux nombreux sur l'inflammation de la membrane interne du cœur, et ce n'est qu'à partir de ce moment que sa description anatomique et son observation clinique vont nettement se séparer de celle de la péricardite.

Laënnec lui-même la décrit au point de vue anatomique ; il signale les dépôts de lymphe plastique, les ulcérations, les productions polypeuses comme pouvant se rattacher à l'inflammation de la membrane interne du cœur ; mais son opinion n'est pas absolue, il doute et il discute l'affirmation de Kreysig.

En 1824, M. Simonet [1], rapporte deux observations de cette maladie ; Recamier [2] en donne une description clinique et signale comme devant y être rapportés la fréquence et la petitesse du pouls, l'orthopnée, le désordre du cœur.

En 1826, M. le professeur Andral [3] s'appuie sur l'existence de cette inflammation pour établir l'origine de la plupart des productions cartilagineuses ou polypeuses de la surface interne du cœur.

C'est à ce moment que viennent se placer les travaux de M. Bouillaud.

De ce rapide exposé, il semble résulter les faits suivants :

1° On avait observé avant M. Bouillaud quelques faits de coïncidence *d'une affection aiguë du cœur* avec le rhumatisme articulaire ;

2° La plupart des observations ne portaient que sur la péricardite ;

3° Les lésions organiques de la membrane interne du cœur

1 *Essai sur la cardite partielle ou générale*, t. I, Paris, 1824.

2 *Revue médicale*, t. IV, p. 339.

3 *Clinique médicale*, t. III, p. 52 et suiv.

avaient été décrites, et rapportées par quelques observateurs à une inflammation initiale de cette membrane sous l'influence du rhumatisme articulaire.

Il restait donc beaucoup à faire, car, à côté de ces faits épars dans les auteurs, d'éminents observateurs avaient négligé de constater ces coïncidences, même dans des mémoires ou traités spéciaux. C'est ainsi que M. Louis, dans son mémoire sur la péricardite, ne parle pas, dans l'exposé des causes de cette inflammation, de sa coïncidence avec le rhumatisme articulaire aigu. Chomel dans sa dissertation inaugurale passe également ces faits sous silence, et nous savons avec quelle persistance il combattit plus tard les résultats que l'observation avait fournis à M. Bouillaud.

C'est de 1832 à 1833 que M. Bouillaud observa pour la première fois la coïncidence fréquente de la péricardite et de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire. Ce n'est qu'à partir de ce moment que le rhumatisme élargit ses limites cliniques, et que l'inflammation cardiaque en devient une manifestation commune. Car si, comme le dit M. Bouillaud, la péricardite avait été signalée avant lui dans le rhumatisme aïgu, elle avait été considérée comme la *rétrocession* de la maladie articulaire sur l'enveloppe du cœur, mais non comme une lésion appartenant au même titre que l'arthrite elle-même à l'affection rhumatismale.

Ces faits sont d'abord consignés dans le *Journal hebdomadaire*, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, dans le *Traité des maladies du cœur*, enfin en 1840, dans le *Traité clinique du rhumatisme*. Ils servent de point de départ à une doctrine nouvelle du rhumatisme, la généralisation de l'affection, qui n'est plus seulement articulaire, mais qui se manifestera par les inflammations des membranes analogues aux synoviales, les inflammations des grandes séreuses, auxquelles viendront s'ajouter des fluxions de diverse nature sur les autres organes. Ces conclusions que l'observation ultérieure est venu confirmer d'une façon absolue, M. Bouillaud les

résume nettement, lorsqu'il établit que de tous les organes il en est peu, s'il en est, qui soient à l'abri des atteintes du rhumatisme [1].

La grande cause de ces inflammations rhumatismales, la cause, suivant lui, *essentielle et unique*, c'est l'exposition au froid humide. Il s'ensuit 1° que les organes les plus exposés seront le plus souvent malades et 2° que les lésions dépendant de cette cause seront multiples, tous les organes étant plus ou moins exposés à cette influence.

Ainsi, la maladie rhumatismale cesse d'être une maladie des jointures à laquelle on avait rattaché quelques faits de *métastase* ou de *rétrocession* viscérale ; elle devient une affection générale, à lésions multiples, ayant toutes également droit à y tenir une place, ne se dominant que par leur fréquence relative; la *fièvre rhumatismale* est créée.

II.—Tous ces faits sont indiqués dans le livre de M. Bouillaud, mais c'est spécialement sur la coïncidence de l'inflammation aigüe du cœur, de l'*endopéricardite*, avec l'inflammation articulaire, qu'il a attiré l'attention. De très nombreuses observations accumulées dans son *Traité du rhumatisme*, et son *Traité des maladies du cœur*, résulte l'extrême *fréquence* de cette complication du rhumatisme articulaire ; c'est cette fréquence qu'il a établie d'une façon doctrinale dans les deux lois suivantes, qui sont, en quelque sorte, la formule de ce point important de l'histoire du rhumatisme :

« 1° Dans le rhumatisme articulaire aigu violent, généralisé, la coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite, ou d'une endopéricardite, est la règle, la loi, et la non-coïncidence, l'exception ;

» 2° Dans le rhumatisme articulaire aigu léger, partiel, apyrétique, la non-coïncidence d'une endocardite, d'une péri-

1 Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme*, 1840, p. 5.

cardite ou d'une endopéricardite est la règle, et la coïncidence l'exception [1]. »

Ces lois, comme la plupart des grandes découvertes médicales, furent vigoureusement contestées. Chomel se mit à la tête du parti opposant, et la lutte fut vive de part et d'autre. Mais les observations ultérieures sont venues confirmer l'opinion de M. Bouillaud, et démontrer la vérité de ses conclusions.

Et même, depuis lors, prenant la question à un autre point de vue, certains auteurs ont cru pouvoir exagérer ces formules, et les déclarer au dessous de la vérité.

C'est ainsi que M. Pidoux a écrit [2] : « Je ne me rappelle pas avoir vu un rhumatisme aigu généralisé et fébrile sans un degré quelconque d'affection cardiaque, et je regarde cette affection comme aussi essentielle à la maladie que les arthrites elles-mêmes. *J'ai observé souvent la fièvre rhumatismale sans affections articulaires, jamais sans l'affection du cœur.* »

Cette opinion de M. Pidoux nous semble discutable et un peu exagérée. Mais un fait d'observation constante, et sur lequel M. Fernet insiste dans sa thèse[3], c'est l'état d'éréthisme de l'appareil circulatoire dans le rhumatisme aigu. Il n'est pas de rhumatisme franchement aigu qui n'ait à un degré plus ou moins marqué, et en dehors de toute inflammation franche du cœur ou des vaisseaux, un retentissement sur la fonction circulatoire. Dès le début, la *fièvre* apparaît, amenant dans la circulation un trouble dynamique profond, se caractérisant par l'état du cœur, dont l'impulsion est forte, les contractions violentes, les bruits éclatants, symptômes auxquels peuvent succéder la faiblesse et l'affaissement de ces battements et par l'état du pouls qui est dur, vibrant. Cette fièvre rhumatismale, si fréquente au début

1 Bouillaud, *Traité du rhumatisme articulaire*, 1840, p. 144.

2 *Union médicale*, 1861, t. x, p. 392.

3 Fernet, *Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations*. Th., Paris, 1865, n° 47.

du rhumatisme aigu intense dont elle constitue la période prodromique et qu'elle accompagne le plus souvent ensuite dans sa période d'évolution, peut être le seul trouble de la fonction circulatoire ; le retentissement du rhumatisme sur le cœur et les vaisseaux peut s'en tenir là. Mais le plus souvent la maladie franchira la limite qui existe entre le trouble dynamique et l'inflammation, entre l'excitation et la lésion, et nous aurons alors l'*inflammation du cœur, du péricarde et des vaisseaux*, inflammation qui ne sera qu'un degré de plus dans le développement successif des phénomènes morbides de l'appareil circulatoire soumis à l'influence du rhumatisme.

Ainsi, par cette façon d'envisager la maladie, on se débarrasse complétement de l'idée de lésion articulaire que le mot rhumatisme rappelle à l'esprit ; l'arthrite n'est plus qu'un phénomène accessoire, fréquent, il est vrai, mais qui ne vient qu'en seconde ligne dans l'histoire du rhumatisme. Ce qui domine ce tableau, ce n'est plus l'inflammation des jointures et des séreuses viscérales, c'est la fièvre. *Le trouble circulatoire*, précéde tous les autres symptômes, et existe toujours à un certain degré dans le rhumatisme aigu ; donc *la lésion circulatoire*, l'inflammation de l'endocarde doit se rencontrer très fréquemment aussi dans cette affection, car elle n'est que l'exagération de l'éréthisme et un degré de plus dans cette évolution morbide.

Cette façon d'interprèter les faits mène à cette conclusion : les déterminations cardiaques du rhumatisme sont beaucoup plus en rapport avec la fièvre rhumatismale qu'avec les localisations articulaires; c'est l'opinion de Stokes qui a écrit [1] « La maladie du cœur a des rapports plus étroits avec la fièvre rhumatismale qu'avec la phlogose des articulations. »

Ces conclusions nous semblent rigoureuses ; c'est là en effet que paraît être le caractère important de la pathogénie des affections aiguës du cœur dans le rhumatisme. Mais il s'en faut

1 Stokes, *Traité des maladies du cœur*, trad. Sénac, p. 48.

de beaucoup que dans tous les cas de rhumatisme aigu, alors même que la fièvre est intense, on doive rencontrer l'endocardite ou l'endo péricardite; de telle sorte que, tout en reconnaissant le rapport qui existe entre l'état fébrile et la fréquence des lésions cardiaques, nous croyons devoir faire quelques réserves quant à la conclusion de M. Pidoux, et nous pensons que l'on peut observer la fièvre rhumatismale sans affection cardiaque.

Le diagnostic de l'endocardite rhumatismale, du reste, n'est pas toujours des plus faciles, et lorsque l'état fébrile dû à une attaque de rhumatisme se sera greffé, par exemple, sur un souffle anémique ou sur un souffle produit par une lésion organique ancienne, les causes d'erreur seront bien difficiles à éviter. Aussi pensons-nous que là est la raison de ces différences si grandes que nous trouvons dans les auteurs qui se sont occupés de la fréquence proportionnelle des affections du cœur dans le rhumatisme aigu. Suivant qu'ils ont mis dans leurs observations plus ou moins de rigueur, suivant qu'ils ont plus ou moins écarté les cas douteux, ils sont arrivés à des résultats statistiques fort différents.

C'est ainsi que MM. Bouillaud, Fuller, Latham, Budd et d'autres, admettent la coïncidence dans un tiers, dans la moitié, dans les deux tiers des cas; tandis que Bamberger, Wunderlich, etc. ne l'admettent que dans le quart des cas.

M. Ball [1] a publié dans sa thèse de concours un tableau statistique duquel ressortent manifestement des différences numériques.

On ne peut donc établir d'une façon certaine la relation des affections aiguës du cœur et du rhumatisme articulaire. On ne peut que constater la fréquence de cette coïncidence sans établir de loi numérique.

Quant à la fréquence relative des diverses affections rhumatismales du cœur, la divergence est tout aussi considérable. Ainsi, tandis que les auteurs anglais (Budd, Latham, Fuller),

1 Ball, *Du rhumatisme viscéral*, th. agr. Paris; 1866, p. 15.

considèrent la péricardite comme beaucoup moins fréquente que l'endocardite, les auteurs allemands donnent la première place à la péricardite [1]. Cependant M. Ball a donné un second tableau statistique qui permet de conclure que la péricardite existe dans un peu moins d'un cinquième des cas de rhumatisme articulaire aigu. Ce résultat-là offre plus de garanties d'exactitude que n'en fournirait un tableau analogue dressé pour l'endocardite.

Pour nous résumer, nous voyons que les affections aiguës du cœur et du péricarde sont l'accompagnement très fréquent du rhumatisme articulaire aigu ; leur fréquence semble bien plus en rapport avec l'intensité de l'état fébrile qu'avec le degré de l'inflammation articulaire ; enfin, les difficultés du diagnostic et le plus ou moins de rigueur clinique ont conduit les auteurs à des résultats statistiques si différents qu'il est fort difficile d'établir un rapport proportionnel exact entre ces affections cardiaques et le rhumatisme articulaire.

III. — A quel moment de l'évolution du rhumatisme articulaire aigu peuvent apparaître les manifestations cardiaques? C'est ce que nous allons examiner.

Dans la discussion et l'exposé des faits nous ne séparons pas l'étude de la péricardite d'avec celle de l'endocardite ; car dans la plupart de nos observations les deux maladies se trouvent réunies.

Lors donc que nous chercherons à démontrer que ces inflammations peuvent se produire d'emblée, nous n'établirons pas de distinction entre elles, et ce n'est que dans nos conclusions que nous essaierons de déterminer la fréquence relative de l'une et de l'autre.

M. Bouillaud [2] a résumé sous forme de propositions les renseignements que l'observation lui a fournis sur cette question.

1 Ball, mém. cité, p. 14.

2 Bouillaud. *Traité du rhumatisme*. 140 P. 281 et 282.

Nous ne pouvons mieux faire que de les rapporter ici, en les abrégeant.

Ces propositions sur l'ordre d'apparition sont au nombre de cinq :

« 1° Tantôt l'endocardite et la péricardite coïncident *primitivement et dès le début* avec le rhumatisme articulaire...

2° Tantôt l'endocardite et la péricardite sont *postérieures* à l'affection articulaire et apparaissent dans son cours, mais sans disparition de celle-ci, ou même avec augmentation de son intensité...

3° Tantôt l'endocardite et la péricardite apparaissent postérieurement au début du rhumatisme articulaire aigu, et, à l'époque de leur développement, celui-ci perd notablement de son intensité...

4° Je n'ai jamais vu l'endocardite et la péricardite se déclarer brusquement, comme on l'a dit par suite, de la disparition subite d'un rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé ; je n'ai jamais vu non plus une endocardite ou une péricardite rhumatismales bien développées disparaître complètement par le fait du retour de l'affection articulaire rétrocédée ou répercutée.

5° Pour compléter les propositions précédentes, j'ajoute que je n'ai jamais vu un rhumatisme articulaire se déclarer brusquement par suite de la disparition subite d'une endocardite ou d'une péricardite bien caractérisées, sorte de métastase renversée ou de dedans en dehors, dont il faudrait admettre la réciprocité, si la métastase proprement dite, ou rétrocession de dehors en dedans, était aussi réelle qu'on le prétend dans certaines écoles. »

On voit que dans ces propositions de M. Bouillaud il n'y a pas place pour celle-ci dont la démonstration fait le sujet de ce chapitre :

L'endocardite et la péricardite peuvent précéder la manifestation articulaire, et être pendant quelque temps la seule localisation de l'affection rhumatismale.

Si même il touche à la question, c'est pour nier la possibi-

lité du fait que nous venons d'énoncer. Il est vrai que, dans sa cinquième proposition où il établit cette négation, il est surtout guidé par la question de la métastase ou de la rétrocession brusque, fait rare en réalité mais que nous retrouverons cependant dans quelques-unes de nos observations, et que nous constaterons, sans toutefois lui donner l'interprétation contre laquelle M. Bouillaud s'élève avec raison.

A la page 130 du *Traité du rhumatisme*, il écrit : « l'endocardite, à l'instar de la péricardite, se manifeste sous les mêmes influences que le rhumatisme articulaire aigu ; et, bien que cette phlegmasie puisse éclater quelquefois pendant le cours d'un grand rhumatisme articulaire aigu et d'une manière purement métastatique, suivant l'expression de certains pathologistes, il n'en est pas moins vrai que, le plus souvent, le tissu séro-fibreux interne du cœur se prend *en même temps* que celui des articulations ; c'est aussi ce que nous avons vu pour le tissu séro-fibreux externe du cœur. »

De l'apparition simultanée des deux manifestations à la précession de la manifestation cardiaque, il n'y a qu'un pas, mais M. Bouillaud ne l'a pas franchi, et n'a pu le franchir, car dans son *Traité du rhumatisme* aussi bien que dans son *Traité des maladies du cœur* on ne trouve aucune observation qui puisse l'autoriser à énoncer ce fait.

L'apparition des phénomènes cardiaques au début de l'évolution du rhumatisme aigu est cependant aujourd'hui un fait d'observation rare, il est vrai, mais certaine. Si, du reste, il n'a pas été plus souvent constaté, c'est à notre avis, que l'attention du médecin ne s'est pas toujours attaché dès le début à la recherche de ces lésions.

Le rhumatisme articulaire aigu débute en effet le plus souvent par un état fébrile intense. Pendant une période prodromique de durée variable le malade a de la fièvre, des sueurs profuses qui, bien que propres à la maladie par certains caractères, ne constituent pas en somme des symptômes assez constants et assez spéciaux pour diriger les investigations des médecins. Le pouls à

cette période est fréquent, vibrant, il est régulier ; la calorification est augmentée : en un mot, il y a de la fièvre et une fièvre vive. Si donc à ce moment, le malade se plaint d'une légère dyspnée, s'il accuse un peu de pesanteur vers la région cardiaque, si la main appliquée sur cette région perçoit d'énergiques battements du cœur, tous ces signes, qui peuvent appartenir à une inflammation commençante de l'endocarde ou du péricarde, pourront bien être mis aussi sur le compte de la pyrexie. Et ce ne sera que plus tard, alors que la fluxion articulaire sera venue affirmer la nature rhumatismale de la maladie, que l'on s'empressera d'examiner le cœur : on trouvera alors des signes évidents de péricardite ou d'endocardite, mais on n'aura pu observer le moment de leur apparition, on ne pourra que constater la coïncidence.

C'est là, pensons-nous, une des raisons qui font que les observations sont rares ; l'endopéricardite d'emblée doit exister plus fréquemment qu'on ne le pense, mais si l'attention n'est pas spécialement attirée sur ce point son existence passera inaperçue ; ce n'est en effet que plus tard que, en dehors de la manifestation articulaire, la petitesse et l'irrégularité du pouls, la voussure et la matité précordiales, signes qui ne pourraient être méconnus, viendront indiquer nettement la lésion cardiaque et préciser le diagnostic.

L'existence de l'endopéricardite rhumatismale d'emblée est susceptible d'être démontrée par deux ordres de preuves : les unes, *à priori*, tirées de l'anatomie et de la physiologie d'une part, et de la pathologie d'autre part ; les autres de l'observation même et de la constatation des faits

M. Bouillaud a vivement insisté sur la similitude anatomique et physiologique des synoviales articulaires et des séreuses cardiaques ; voulant même représenter d'une façon frappante l'idée qu'il défend, il désigne ces dernières sous le nom de *séreuses articulaires du cœur* ; pour lui le péricarde et l'endocarde sont assimilables à des cavités articulaires, et leur inflammation sous l'influence du rhumatisme est une sorte

d'arthrite. Les séreuses cardiaques en effet sont, comme les synoviales, des organes destinés à favoriser les mouvements, à faciliter les glissements. La seule différence réside dans la nature de l'organe qu'elles protègent : tandis que la synoviale tapisse des organes durs, les os ; le péricarde tapisse un organe musculaire, le cœur. Donc analogie absolue de fonctions et analogie de texture.

Or, dans le rhumatisme articulaire aigu, nous observons souvent au début la fixation de l'affection sur une seule articulation ; si nous voyons l'inflammation être là stationnaire pendant un certain temps pour se répandre ensuite dans l'économie, toucher successivement toutes les jointures et s'attaquer aux viscères, on comprend facilement qu'il puisse arriver que la première articulation atteinte soit *l'articulation du cœur*, pour parler comme M. Bouillaud ; que l'inflammation s'y fixe pendant plusieurs jours, et qu'elle ne gagne que secondairement les jointures des membres.

Si l'on accepte les idées émises par le clinicien de la Charité sur ces analogies physiologiques, on est en droit d'en tirer ces conclusions pathologiques, et l'on doit s'étonner que des faits de cette nature n'aient pas plus souvent été constatés. Mais ces rapprochements nous paraissent difficiles à accepter sans discussion, aussi ne considérons-nous pas comme ayant une grande valeur cette preuve tirée de l'analogie de structure et de fonctions.

Telle n'est pas du reste notre façon de comprendre le rhumatisme : ce n'est plus une maladie des articulations osseuses ou viscérales, c'est une affection générale fébrile, dans laquelle rentrent des lésions et des symptômes multiples, dont les uns ou les autres peuvent manquer, et qui, réunis ou séparés affirment leur nature rhumatismale par leur union même ou leur modalité. Les séreuses sont le plus souvent atteintes, c'est vrai, mais cette atteinte n'est pas nécessaire à l'existence de l'affection.

Voyons donc si, en envisageant la question à ce point de vue,—le

vrai suivant nous, — la pathologie nous fournira quelques indications qui puissent permettre de soupçonner *à priori* l'existence de l'endopéricardite d'emblée.

Que l'on s'en tienne à l'opinion de M. Bouillaud ou que l'on admette celle que nous venons d'exposer en dernier lieu, on n'en est pas moins forcé de reconnaître que la cause occasionnelle ordinaire de l'apparition soudaine du rhumatisme aigu chez les individus prédisposés par leur constitution ou par l'hérédité, c'est l'exposition au froid et en particulier au froid humide.

Or cette influence du froid peut aussi bien s'exercer sur le péricarde que sur les autres viscères et les autres articulations.

Ceci n'est pas une vue de l'esprit, c'est un fait d'observation et parmi toutes les causes de la péricardite franche ou rhumatismale, le froid joue le plus grand rôle. L'action du froid qui agit en même temps *sur toute l'économie*, n'a pas un retentissement pathologique immédiat *sur tous les organes*; il s'attaque seulement à l'un d'eux. Si le sujet est rhnmatisant, cette action s'étendra dans la plupart des cas à d'autres parties de l'organisme, viscères ou articulations; si le terrain n'est pas favorable à ce développement, l'organe atteint primitivement sera seul malade. Or pourquoi le péricarde ne serait-il pas cet organe sur lequel l'action du froid s'exercera d'abord? Au point de vue de la protection par les tissus environnants, bien des séreuses articulaires sont plus efficacement garanties que lui, et cependant nous les voyons se prendre dès le début du rhumatisme.

Donc, à ce point de vue encore, on se trouve amené à croire que le rhumatisme aigu, se développant *à priori*, pourra débuter par le péricarde.

Si, maintenant nous passons de la cause à la pathogénie de l'affection rhumatismale, nous tombons dans un ordre d'idées que nous avons rapidement exposés précédemment. Nous avons dit que, au début du rhumatisme aigu, nous rencontrions constamment la fièvre qui a toujours les caractères de la fièvre *angeioténique* de Pinel, la tension vasculaire, l'éréthisme cir-

culatoire. De cet éréthisme à l'inflammation il n'y a qu'un pas, aussi Stokes et Graves, ont-ils conclu que l'inflammation de l'appareil circulatoire était bien plus en rapport avec l'intensité de la fièvre rhumatismale qu'avec la phlogose des articulations.

Dans cette théorie, le résultat immédiat du froid serait le développement de cette fièvre angioténique, sur laquelle prendraient ensuite naissance les diverses inflammations locales. Or on conçoit facilement que, si tel est le mode pathogénique du rhumatisme aigu, la difficulté n'est pas de concevoir que cette affection puisse débuter par l'inflammation de l'endocarde et du péricarde, elle est bien plus au contraire de comprendre comment l'endocarde et le péricarde ne commencent pas plus souvent la série des inflammations rhumatismales. On s'explique difficilement comment la synovite articulaire, également née sous l'influence de cette excitation vasculaire, puisse dans la grande majorité des cas, devancer l'endocardite et se trouver la première dans l'ordre d'apparition des manifestations locales.

Nous procédons ici de la généralité au fait particulier et nous arrivons à conclure à l'existence possible de l'endocardite d'emblée. Procédant en sens inverse, après avoir observé des cas d'inflammation primitive des séreuses du cœur, Fuller considère ces faits comme assez importants pour lui permettre de bâtir une théorie analogue à celle que nous avons exposée. Seulement la fièvre rhumatismale angioténique devient pour lui un empoisonnemeut du sang, empoisonnement qui agira sur toute l'économie, et fera que les lésions débuteront par les organes qui le contiennent et dans lesquels il circule. Nous lisons en effet dans l'introduction de son traité *On rheumatism* : « Dans les cas où l'affection cardiaque se montre d'abord et reste pendant quelque temps le seul symptôme local, la théorie de la métastase fait complètement défaut. En effet, la seule explication possible paraît être que le cœur est affecté par suite de l'action du sang, qui, par une cause quelconque, est devenu malade et irritant dans ses propriétés [1]. »

1 Fuller, *On rheumatism, rheumatic gout and sciatica*, 1860, introduction, p. 12.

Quoi que l'on veuille et puisse penser de cette théorie, elle n'en vient pas moins à l'appui de cette idée que, dans le rhumatisme aigu, la fonction circulatoire est la première touchée, que dès lors on s'explique facilement : 1° que les inflammations cardiaques et vasculaires soient en rapport avec l'intensité de ce trouble fonctionnel, et 2° que ces inflammations puissent apparaître avant toute autre localisation.

L'existence bien constatée de rhumatisme franchement et uniquement viscéral, *de rhumatisme sans rhumatisme,* confirme encore cette idée. L'endopéricardite peut en effet se trouver unie à une pneumonie, à une pleurésie, à une chorée, etc ; de cette union, du mode particulier que l'on observera dans la marche de la maladie, des antécédents du sujet, on sera en droit de conclure à la nature rhumatismale de cet ensemble. Qu'y manque-t-il pour que l'on ait affaire à un rhumatisme articulaire aigu entouré de ses complications viscérales ? Il y manque l'arthrite. Or, si dans un rhumatisme ainsi généralisé la fluxion articulaire peut manquer, elle peut à plus forte raison ne venir dans l'ordre d'apparition qu'en seconde ligne, et être précédée d'une autre manifestation, l'endocardite, par exemple.

Ainsi, nous basant sur les considérations anatomiques sur lesquelles M. Bouillaud a insisté et qui rapprochent, dans une communauté physiologique et pathologique, les séreuses articulaires et viscérales ; nous basant sur l'action du froid qui peut s'exercer aussi bien sur le cœur et le péricarde que sur les autres organes ; nous basant sur l'existence de la fièvre rhumatismale du début et l'influence qu'elle exerce sur l'appareil circulatoire ; nous appuyant enfin sur les faits de rhumatisme viscéral sans localisations articulaires, nous arrivons à conclure à l'existence probable de l'endopéricardite rhumatismale d'emblée.

Il nous reste à donner de ce fait une démonstration clinique et à établir, par l'observation directe, *l'existence certaine* de ce mode de début du rhumatisme aigu.

La littérature médicale nous a, à cet égard, fourni bien peu de renseignements. Nos traités classiques sont muets sur cette forme de rhumatisme aigu.

C'est du reste au point de vue de la nature du rhumatisme et des doctrines en discussion de la *métastase* ou de *l'indépendance* des manifestations que se sont surtout placés les auteurs qui ont indiqué cette question : aussi n'ont-ils donné le plus souvent que des observations incomplètes, dont les traits principaux sont seuls relatés et dont quelques-uns ne justifient pas toujours, au moins dans leur rédaction, les conclusions qu'en tirent les observateurs. Ceci s'applique surtout aux faits que nous avons trouvés dans les ouvrages anglais [1].

En 1835, parut dans les *Archives générales de médecine*, un excellent mémoire de Hache sur la péricardite. On y trouve consigné le premier fait de précession de la lésion cardiaque dans le rhumatisme articulaire. Parlant des diverses complications de la péricardite, il arrive à la complication rhumatismale et dit : « Je n'ai observé que deux fois ce genre de » complication : dans l'un des cas, le rhumatisme débuta le » premier et la péricardite se manifesta trois jours plus tard. » L'affection rhumatismale était légère, elle fut complètement » dissipée le quatorzième jour ; la péricardite suivit la marche » des cas simples; elle commença à décroître le neuvième » jour et la guérison était complète le dix-septième.

OBSERVATION I.

Péricardite précédant de douze jours le rhumatisme articulaire. — Pleurésie gauche.

» Dans le deuxième cas, la péricardite eut la priorité; un rhuma- » tisme très aigu survint le douzième jour et cessa le vingt-unième. » Alors il se déclara une pleurésie du côté gauche qui fut complètement » résolue au dix-septième jour. Quant à l'affection du péricarde,

1 Nous avons été aidé pour les traductions qu'on trouvera plus loin par notre ami et excellent collègue Herbert, que nous remercions de son obligeance.

» après avoir suivi une marche lentement décroissante du quinzième » au trente-deuxième jour, elle offrit une recrudescence le trente- » sixième et ne fut tout à fait guérie que cinquante jours après son » début 1. »

Un peu plus loin, cet auteur insiste sur la rareté du fait de la préexistence de la péricardite dans l'un des deux cas observés. Ainsi, dans cette observation, la maladie du péricarde est le fait dominant de l'affection rhumatismale ; c'est elle qui commence la série des phénomènes rhumatismaux; elle précède de douze jours la manifestation articulaire, dont la durée totale n'est que de neuf jours; survient ensuite une pleurésie qui passe également; la péricardite persiste, et ce n'est qu'au cinquantième jour que la guérison est complète.

Ici il n'y a pas succession de phénomènes qui se remplacent. L'arrivée de la poussée articulaire et pleurale ne semble avoir aucune influence sur la marche de la péricardite. A ce point de vue, nous pouvons rapprocher cette observation d'une autre qui nous est personnelle et qu'on trouvera plus loin, dans laquelle une pleurésie et une péricardite rhumatismales assistèrent sans se modifier à l'évolution d'un rhumatisme articulaire et d'une phlébite du bras.

Wilson a publié, dans *the Lancet,* une observation qu'il regarde comme un cas de manifestation cardiaque du rhumatisme apparue avant les manifestations articulaires. Nous donnons ici la traduction de cette observation.

OBSERVATION II [2].

Endopéricardite précédant de huit jours le rhumatisme articulaire.

Dans le cas de A. F., servante, âgée de trente-deux ans, qui mourut dans mon service à l'hôpital Saint-Georges, le 26 mars 1839, on observa les symptômes d'une affection grave du cœur une semaine

1 Hache, *Mém. sur la péricadite,* Arch. génér. de médecine, 2e série, t. IX. p. 325. année 1835.

2 Wilson, *On the true character of acute rhumatism in reference to its treatment by medicine,* the Lancet, vol. II. p. 217. Nov. 1844.

avant que l'inflammation rhumatismale se déclarât dans les jointures. Ici la métastase, si elle existait, fut du cœur vers les articulations.

La patiente raconta qu'elle était malade et au lit trois semaines avant son admission à l'hôpital, le 4 mars 1839. Elle avait été prise, pendant la période menstruelle, de douleurs générales et de frisson; alternant avec de la chaleur et des sueurs; elle avait également des vomissements. Elle éprouvait de plus une douleur vive à la poitrine la toux était fréquente et accompagnée de crachats épais.

Une semaine après, ses poignets et ses genoux gonflèrent et rougirent. Quand elle fut reçue à l'hôpital, elle se plaignait surtout de douleurs derrière le sternum, qui augmentait par l'inspiration. Le pouls était à 85, doux et régulier. Les articulations à cette époque n'étaient pas gonflées, mais il y avait de temps à autre des douleurs dans les jambes. On la regardait dans les salles comme étant un cas de rhumatisme pulmonaire. Il y avait de la toux avec douleur pendant l'inspiration. Les crachats étaient peu abondants, colorés de sang. La douleur, qui s'accompagnait d'un sentiment d'oppression, siégeait toujours derrière le sternum. Le pouls était presque toujours fréquent, filiforme parfois, sans grande expansion et toujours régulier.

Du sang tiré le 15 mars ne présentait pas la couleur brunâtre inflammatoire. Le teint a été observé à trois reprises comme étant jaunâtre, sale et très pâle. Pendant les trois dernières semaines de la maladie, les symptômes ont pris un caractère rémittent qui attirait l'attention même de la malade.

Le 6 mars, elle fut prise d'un frisson intense qui fut le premier d'une longue série d'attaques semblables qui, plus tard, furent remplacées par des attaques de dyspnée périodiques, à la suite d'une desquelles la malade mourut.

Au début, tous ces symptômes étaient soulagés par des bains d'air chaud. Après le frisson du 6 mars, on donna six grains de calomel et deux d'opium, en doses fractionnées, toutes les vingt-quatre heures. Mais pendant tout ce temps il n'y a eu aucun soulagement, même temporaire. On fit de plus des saignées, on appliqua des vésicatoires, des fomentations et l'on donna des purgatifs.

A l'autopsie, on trouva une suffusion séreuse dans la plèvre, épanchement séreux abondant dans le péricarde. Les valvules étaient épaissies et portaient dans le cœur droit des végétations.

Nous empruntons à M. Taylor [1] une intéressante statistique sur les rapports de la péricardite avec le rhumatisme, et sur le temps de son apparition.

L'auteur, au début de son travail, annonce qu'il est basé sur vingt-cinq observations de péricardite, qu'il divise en deux

1 Taylor, Medico-chirurg. transactions, t. XXVIII. *On some of the causes of pericarditis, especially acute rheumatism.*

catégories : 1° celles qui surviennent pendant la durée d'une maladie aiguë, telle que le rhumatisme ; 2° celles qui surviennent chez des individus affaiblis ou pendant la durée d'une maladie chronique.

« Les premières sont au nombre de quinze, les secondes au nombre de dix.

« Parmi ces quinze cas, treize se rattachent au rhumatisme articulaire aigu et sont postérieurs à son début; dans le quatorzième cas, il y avait un peu de gonflement et de rougeur d'une ou de deux jointures des doigts, gonflement qui ne dura que peu de temps et qui ne s'est montré que *plusieurs jours après le début de la péricardite*, qui fut mortelle.

« Dans le quinzième cas, il n'y avait point de rhumatisme évident; mais le malade avait eu autrefois deux attaques de cette maladie. On n'a pu assigner aucune cause occasionnelle. Le malade fut pris de sueurs profuses ; aussi peut-on supposer que c'était un exemple de fièvre rhumatismale sans arthrites. » (P. 454.)

Plus loin, à la page 527, c'est sur le jour de l'apparition de la péricardite dans le cours du rhumatisme que porte spécialement sa statistique : « *Sur quinze cas, la péricardite s'est montrée deux fois avant l'affection des jointures*. Dans deux autres, le premier jour de l'affection articulaire. — Dans trois autres, au troisième jour. — Dans un cas, le quatrième jour. — Dans trois, le huitième ou le neuvième jour. — Dans deux, le onzième jour. — Dans un, le dix-septième, — et dans un autre, le début reste incertain.

« Donc, dans au moins la moitié des cas de péricardite rhumatismale, l'affection du cœur s'est montrée le quatrième jour de la maladie ou avant. A une seule exception près, la péricardite ne s'est pas montrée plus tôt dans les cas graves que dans les cas légers. »

Nous trouvons donc ici indiqués deux faits de péricardite rhumatismale d'emblée; mais les renseignements font défaut sur le nombre de jours qui s'écoula entre la production de la péricardite et l'apparition du rhumatisme articulaire.

Hope, dans son *Traité du cœur et des gros vaisseaux*, dit avoir constaté des faits analogues, et il en tire cette conclusion que la doctrine de la métastase ne résiste pas à ces observations. Il dit : « L'extension de l'inflammation rhumatismale au cœur ou à la dure-mère (de cette dernière extension je n'ai jamais eu un cas bien positif), était autrefois considérée comme une métastase, c'est-à-dire un changement dans le siége du mal, qui abandonne les parties externes pour se concentrer vers les organes internes. Mais, je n'hésite pas à affirmer ma conviction, cette théorie est complètement erronée, et n'est qu'un reste d'une ignorance hors d'usage. Car non-seulement dans des cas innombrables j'ai vu le cœur pris au moment où l'affection articulaire était en pleine évolution, mais *j'ai vu le cœur pris avant les jointures*, et je sais que d'autres praticiens ont observé la même chose. Le docteur Charles de Putney m'en a dernièrement relaté un cas [1]. » L'auteur ne dit pas où cette communication a pu être faite.

Watson, signale des faits analogues dans son livre *Practic of physic*. Il donne même à l'appui de son assertion une observation qui lui est personnelle. Mais on peut faire à cette observation le reproche de manquer de précision et de détails concernant les signes de l'affection du cœur et sa nature; il semble que cette inflammation cardiaque soit soupçonnée d'après les commémoratifs, bien plus que rigoureusement observée.

« C'est un fait curieux et instructif, dit-il, que la *cardite rhumatismale* [2] est quelquefois la première étape de toute la maladie; je veux dire que tous les *symptômes d'inflammation cardiaque peuvent précéder ceux de l'inflammation des jointures*, même de deux ou trois jours [3]. » Il donne comme exemple le fait suivant.

1 Hope, *Treatise on the heart and great vessels*, 3e édition, p. 178.

2 L'auteur fait remarquer que la péricardite est presque toujours, sinon toujours, accompagnée de l'endocardite; aussi, il ne décrira pas isolément la péricardite, mais donnera à la maladie le nom de *cardite rhumatismale*.

3 Watson, *Practic of physic*. 1857, T. II, p. 311.

OBSERVATION III.

Maladie aiguë du cœur indéterminée, précédant le rhumatisme articulaire.

Un garçon fut amené à l'hôpital avec un rhumatisme aigu et avec des symptômes non équivoques de cardite dont je ne donnerai pas les détails. Voici ce qu'il nous raconta : Etant à la campagne quelques jours avant, après avoir éprouvé du malaise pendant environ huit jours, accompagné d'un sentiment de faiblesse intérieure, il fit un grand repas d'huitres et il but plus de porter qu'il n'en avait l'habitude. Le jour même il fut pris de douleur dans le côté gauche accompagnées de battements violents du cœur. L'attaque était probablement intense, car un médecin qu'il appela le saigna immédiatement. Pendant la nuit il éprouva, pour la première fois de sa vie, un peu de raideur autour et au-dessous des genoux. Mais le lendemain il put continuer à marcher. Le soir du deuxième jour, les articulations étaient si gonflées et douloureuses qu'il ne put quitter le lit, et les douleurs dans le côté, les palpitations cardiaques diminuèrent.

Ce garçon rentra plusieurs fois à l'hôpital, atteint d'attaques de rhumatisme aigu ; il présentait chaque fois des signes évidents d'une affection permanente du cœur d'une intensité légère, mais qui augmenta avec chaque attaque.

Il dit encore : « J'ai rencontré un ou deux autres cas dans lesquels la maladie cardiaque a paru précéder celle des jointures. Mais dans aucun cas cela ne fut aussi net que dans celui que je viens de citer. Dans *Edimburgh medical and surgical journal for* 1816, le docteur Duncan cite un cas d'inflammation du cœur qui a commencé avec des symptômes d'inflammation de la poitrine suivis le lendemain d'affection rhumatismale de jointures.

Le docteur Fuller, dans son excellent traité sur le rhumatisme cite trois cas de ce genre qu'il a observés lui-même, et il renvoie à plusieurs autres observations recueillies par divers auteurs.

« Quant au moment de la maladie et aux circonstances où se développent les affections cardiaques, on ne peut poser aucune loi. Quelquefois la maladie cardiaque se déclare au moment où l'inflammation des jointures diminue; aussi souvent ils marchent côte à côte avec des aggravations et des rémissions simultanées.

Sur ce point mon expérience coïncide avec celle du docteur Latham qui a écrit : « L'affection cardiaque peut se présenter à tous les degrés, à toutes les périodes, dans toutes les formes du rhumatisme aigu. Il ne faut pas s'attendre à le trouver quand la maladie est très aiguë plutôt que quand elle est légère ; plus au commencement que pendant sa durée ou vers sa fin, plus quand la maladie est erratique que quand elle est fixe. »

Fuller a rencontré aussi des faits d'inflammation primitive du cœur et, dans son livre, sur le rhumatisme, il insiste sur la valeur de ces faits au point de vue des opinions en présence sur la nature de l'affection rhumatismale. Nous avons vu plus haut à quelle théorie ces faits-là l'ont conduit ; nous reproduisons en entier un passage de son introduction qui contient non-seulement la constatation des faits eux-mêmes, mais encore les conclusions qu'il en tire et la grande importance qu'il leur accorde dans la question du rhumatisme.

« Tout le monde, dit-il[1], admet que l'inflammation du cœur peut se présenter dans cette maladie et est en effet une de ses complications les plus fréquentes et les plus redoutables. *Il est aussi certain que cette inflammation du cœur peut se présenter avant la manifestation des symptômes externes.*

« Dans les cas où l'inflammation cardiaque a été précédée de gonflement, de douleur et de rougeur des articulations, on a pu invoquer *la métastase*, mais on n'a jamais pu expliquer la façon dont se peut produire cette métastase, ni même démontrer qu'elle existât dans aucune maladie dont la nature vraiment locale fut assurée. Cependant on n'a pas hésité à mettre en avant cette théorie. De toute façon elle ne peut expliquer les symptômes qu'on observe. Le plus souvent au contraire on ne remarque aucune amélioration de l'inflammation externe à la suite de la maladie cardiaque ; et, dans les cas où l'affection cardiaque se montre d'abord et reste pendant quelque temps le seul symptôme local, cette théorie fait complètement défaut. En effet la

1 Fuller, *On rheumatism*, introduction, p. 11.

seule explicaticn possible paraît être que le cœur est affecté par suite de l'action du sang qui, par une cause quelconque, est devenu malade et irritant dans ses propriétés. »

Plus loin, (page 141) il donne un tableau des observations de péricardite rhumatismale d'emblée qu'il a recueillies. Nous le reproduisons textuellement :

« Cinq cas se sont présentés à mon observation personnelle.

» Dans deux, le malade était atteint de péricardite deux jours avant l'apparition des symptômes articulaires ;

» Dans un, trois jours avant ;

» Dans un autre, cinq jours ;

» Enfin, dans un cinquième cas, le péricarde fut pris sept jours avant.

« Le docteur Dundas, médecin de *Northern hospital*, à Liverpool, m'a donné l'observation d'un cas semblable. »

Il est regrettable que nous ne trouvions qu'un simple énoncé de ces intéressantes observations. Nous ferons cependant remarquer que toutes sont des observations de péricardite ; nous en exceptons la cinquième dont nous donnons ici la traduction ; on constata à l'entrée des signes d'endopéricardite.

OBSERVATION IV [1].

Endopéricardite précédant de sept jours le rhumatisme articulaire.

La nommée Frances Webster, âgée de dix-huit ans, est entrée le 14 mars 1845 à l'hôpital St-Georges, sous les soins du docteur Wilson. C'est une fille maigre, délicate, dont le père a été sujet au rhumatisme. A l'âge de quinze ans, pendant une convalescence de scarlatine, elle fut prise de rhumatisme aigu ; depuis lors elle fut sujette à des douleurs vagues, erratiques, occupant les membres et revenant à de courts intervalles, mais sans rougeur ni gonflement.

Huit jours avant son admission, elle fut prise de frissons, suivis de dyspnée, palpitations, douleurs intermittentes (*catching pain*) et aiguës dans la région cardiaque. Le jour avant son admission, des symptômes évidents de rhumatisme externe se manifestèrent dans plusieurs des

1 Fuller, *On rheumatism*, p. 324.

grandes articulations. A son admission, rougeur et gonflement des jointures avec endo et exocardite...... »

Stokes [1] a observé un cas de péricardite rhumatismale d'emblée, dont il donne la relation dans son *Traité des maladies du cœur*. Il reconnaît, comme Fuller, une grande valeur à ces faits-là et en conclut qu'il est « indispensable de considérer la fièvre rhumatismale comme une maladie essentielle, existant en dehors de toute affection articulaire. »

Nous reproduisons cette observation.

OBSERVATION V.

Péricardite et pneumonie précédant de dix jours la localisation articulaire.

La péricardite se montra avant les accidents articulaires. Ceux-ci ne parurent qu'au bout de dix jours chez mon malade. Les symptômes étaient une douleur précordiale et de l'oppression, avec une dyspnée considérable et de la toux qui produisait une exacerbation de la douleur. Le malade présentait en même temps les signes et les symptômes d'une pneumonie droite.

Les accidents arthritiques proprement dits ne se développèrent que le onzième jour : les articulations des membres inférieurs se tuméfièrent et devinrent douloureuses. Il en fut bientôt de même de celles du membre supérieur gauche. La malade succomba avec les symptômes d'une pneumonie et d'une péricardite.

Latham vient s'ajouter à ces observateurs ; comme Stokes, il croit que la fièvre rhumatismale, et non l'arthrite, tient sous sa dépendance la phlegmasie cardiaque. « Peut-on affirmer, « dit-il, que l'endocardite et la péricardite ne dépendent pas « du rhumatisme au même titre que les accidents articulaires, « et que les deux ordres de phénomènes morbides ne tirent pas « leur origine de la fièvre rhumatismale ? J'ai vu quelquefois « (rarement il est vrai), la phlogose du cœur précéder, en « apparence, les inflammations articulaires. Il y avait de la

1 Stokes, *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, (traduction de Sénac) 1864, p. 47.

« fièvre, des palpitations et une douleur précordiale. Jusque là, « la maladie était fort obscure ; mais au bout d'un jour ou deux « les articulations se prenaient, et l'on reconnaissait le rhuma- « tisme ; à la douleur et aux palpitations se joignit alors un « murmure ayant son siége dans l'endocarde, et il devint « évident qu'il existait une endocardite au début de la « maladie [1]. »

Graves rapporte un fait analogue dans sa clinique. A son tour, il conclut à l'impossibilité d'admettre après cela la doctrine de la métastase. Il fait cependant quelques réserves, et, pour certains cas déterminés, croit encore à la rétrocession. Pour lui aussi, le point essentiel, le côté dominant dans le rhumatisme aigu, c'est la fièvre rhumatismale (*rheumatic fever)*. Il donne même à cette fièvre des caractères tranchés, des signes propres, capables de la faire reconnaître d'une façon absolue, et qui l'ont conduit lui-même à diagnostiquer fréquemment l'affection rhumatismale, alors que le seul acte morbide par lequel elle se manifestait était la fièvre. Les malades offraient dans ces cas un pouls rapide, de la chaleur à la peau, de la tendance aux sueurs profuses et à l'affaiblissement, l'insomnie et la soif ; mais ce qui caractérisait surtout la nature de cette fièvre c'était : l'état des veines, les sueurs qui, quoique fort abondantes, n'atténuaient point du tout le mouvement fébrile et avaient cette odeur spéciale qu'on n'observe que dans le rhumatisme ; enfin, quoique la langue fut chargée, que la soif fut vive, la fièvre intense, l'appétit, du moins au début, n'était pas notablement diminué.

Tels sont les trois grands caractères que Graves attribue à la fièvre rhumatismale. C'est cette fièvre qui, pour lui, est la partie essentielle de la maladie ; non-seulement elle peut n'être accompagnée que des localisations viscérales du rhumatisme, non-seulement elle permet de comprendre que les affections aiguës du cœur peuvent précéder les localisations articulaires,

1 Latham, *Diseases of the heart*, p. 229 et 232.

mais même elle peut exister seule et seule constituer un accès, une attaque de l'affection rhumatismale. C'est pousser jusqu'à ses dernières limites la doctrine de la fièvre rhumatismale primitive.

Cette conclusion, nette et positive dans l'ouvrage de Graves, peut être exacte ; mais nous devons reconnaître que les signes caractéristiques, d'après lui, sur lesquels il insiste, seront dans la plupart des cas bien insuffisants pour permettre de préciser un diagnostic. Il faudra, suivant nous, deux autres conditions pour être mis sur cette voie : l'étiologie, qui montrera l'action du froid comme point de départ de la maladie, et surtout les antécédents, les attaques antérieures de rhumatisme. Nous donnons ici en entier, l'observation de Graves.

OBSERVATION VI [1].

Péricardite précédant de cinq jours les localisations articulaires.

Une femme de dix-neuf ans, nommée Fitzgerald, entrait dans notre service le 1er septembre pour un mouvement fébrile assez léger. Elle se plaignait surtout de douleurs de tête et d'insommie. Le pouls était vif, la langue sale. Sous l'influence d'un traitement convenable, tout paraissait aller mieux, lorsque le 5 septembre on trouva la malade dans l'état que je vais rappeler :

Facies pale et anxieux; respiration précipitée à 40 ; les ailes du nez se dilatent convulsivement à chaque inspiration ; le pouls qui est *tombé* de 90 à 50 est *faible*, *irrégulier* et *intermittent*; pas de toux ni de douleurs dans la poitrine; pas de palpitations. L'examen physique ne révèle nulle part aucune lésion, si ce n'est dans la région précordiale; là existe un frottement très distinct qui accompagne les deux bruits du cœur. Ce frottement était plus marqué à la pointe et il paraissait coïncider surtout avec le premier temps. On percevait en même temps un frémissement très net; dans aucune position le bruit ne prenait le caractère de bruit de *soufflet*. L'impulsion du cœur étant extrêmement forte et les bruits très éclatants. Je fis mettre des ventouses sur la région précordiale, et je prescrivis le calomel et l'opium; la malade dut prendre, toutes les quatre heures, cinq grains (30 centigrammes) du premier, et un grain (6 centigrammes) du second.

6 septembre. — L'aspect général de la malade est assez satis-

[1] Graves, *Clinique médicale*, traduction de Jaccoud, 1862, t. II, p. 239.

faisant. Le pouls à 72 est plein et mou, mais il est toujours irrégulier et intermittent, 28 respirations; les ailes du nez ne se dilatent plus, aucune douleur. Le bruit de frottement est encore très distinct, mais il est un peu moins intense, surtout à la pointe du cœur; la matité n'est point accrue; les bruits normaux sont nets, l'impulsion est plus forte qu'hier. — Continuer l'opium et le calomel : vésicatoire sur la région précordiale.

7 septembre. — Salivation mercurielle; pouls à 76, petit, mou, régulier, *sans intermittences*, 28 respirations; l'impulsion et les bruits du cœur sont normaux. Le frottement est à peine perceptible ; il a son maximum d'intensité au niveau de la moitié droite de l'organe. — Continuer les pilules.

8 septembre. — Il n'existe plus aucun vestige du frottement. Les bruits et l'impulsion sont naturels. Le pouls est mou et régulier, à 80.

10 septembre. — La nuit dernière, la malade a été prise de douleurs dans les hanches, les genoux, les épaules, les poignets et dans chaque cou-de-pied. Aujourd'hui ces articulations sont excessivement douloureuses; elles sont rouges et tuméfiées. Le pouls a 80, est petit et mou.

Il serait inutile de rapporter les détails ultérieurs de cette observation; la maladie a suivi la marche ordinaire d'un rhumatisme articulaire intense et a duré dix à douze jours. Chaque jour j'avais soin d'examiner le cœur, et je n'y découvris jamais aucun phénomène morbide. Pour tout traitement j'administrai l'opium à hautes doses, un grain (6 centigrammes) toutes les trois heures. Cette médication réussit admirablement bien, et le narcotique parut s'adresser exclusivement à l'élément morbide, car il n'amena ni contraction de la pupille, ni céphalalgie, ni chaleur à la peau; la langue ne devint pas saburrale, il n'y eut pas de constipation.

Cette observation se distingue nettement de l'observation I. Ici en effet le rhumatisme articulaire apparaît cinq jours après la constatation de la péricardite ; mais depuis la veille la péricardite a disparu. Dans notre observation I, au contraire, l'évolution du rhumatisme articulaire ne trouble en rien la marche des accidents viscéraux qui sont venus les premiers et disparaissent aussi les derniers. Ce sont là deux formes bien distinctes, sur lesquelles nous insistons.

M. Jaccoud, dans une note du premier volume de la *Clinique* de Graves, insiste sur l'indépendance des manifestations rhumatismales, lesquelles ne sont liées entre elles par aucun ordre forcé d'apparition, mais sont libres, isolées, indépendantes, et ne sont réunies que par les caractères de la nature même de la maladie. Il donne à l'appui de ce fait une observa-

tion d'endocardite rhumatismale primitive que nous reproduisons.

OBSERVATION VII [1].

Endocardite précédant de quinze jours le rhumatisme articulaire.

Une dame de quarante-quatre ans, très bien réglée encore, est prise au milieu d'une santé parfaite, d'une endocardite subaiguë. Au bout de dix jours, les phénomènes généraux s'amendent; la convalescence s'établit, mais un bruit de souffle rude qui persiste au premier temps et à la pointe indique que la valvule mitrale a été définitivement touchée.

Cinq jours plus tard, sauf l'existence du bruit anormal, la guérison était complète, et je cherchais vainement à me rendre compte du développement spontané de cette endocardite, lorsque des douleurs articulaires dans les coudes, les poignets et les genoux vinrent m'éclairer sur la véritable signification des phénomènes cardiaques que j'avais observés d'abord. J'avais eu affaire à un rhumatisme subaigu, dans lequel l'ordre habituel des déterminations avait été renversé.

Trousseau, tout en reconnaissant que les faits de préexistence des accidents viscéraux sont rares, croit cependant à l'existence de la pneumonie, de la pleurésie, de l'endocardite rhumatismale d'emblée. Il en conclut aussi que la métastase rhumatismale n'existe pas et que cette succession phénomènes morbides sur les viscères n'est pas plus une métastase que ne l'est l'envahissement successif des diverses articulations. Il donne, à l'appui de cette idée, l'observation suivante :

OBSERVATION VIII [1].

Endocardite d'emblée. — Rhumatisme articulaire.

Un jeune homme entra dans notre salle avec une endocardite aiguë caractérisée par un bruit de souffle à la pointe et de la fièvre ; au bout de quelques jours la nature rhumatique de cette affection se révéla par l'invasion des douleurs articulaires. Ce jeune homme n'avait jamais eu aucune attaque rhumatismale antérieure. Il est bien évident qu'ici le rhumatisme s'était attaqué à l'endocarde au lieu de n'y arriver qu'après l'envahissement des articulations.

1 Note de M. Jaccoud dans la *Clinique médicale* de Graves, t. I, p. 548.

2 Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 2me édit., t. II, p. 724.

Dans une communication faite en décembre 1864 à la Société médicale des hôpitaux, M. Gubler présenta l'observation d'un malade chez lequel l'endopéricardite avait préexisté à la manifestation articulaire. Nous extrayons d'un rapport de M. Gallard sur les maladies régnantes pendant le mois de décembre 1864 ce qui a traït à cette communication.

« Sur cinq rhumatisants, dit M. Gallard, qui tous ont guéri, « M. Gubler a vu une fois les symptômes d'endopéricardite « précéder de deux jours l'apparition des douleurs articulaires « et musculaires. C'est le quatrième fait de ce genre observé « sur des adultes par notre collègue qui a vu plus communément l'endocardite rhumatismale se produire d'emblée chez « les enfants [1] ».

De ces quatre observations, la dernière seulement, celle qui fait le sujet de cette communication, a été publiée, pensons-nous. Nous la trouvons dans la thèse inaugurale de M. le docteur Ruffey, à laquelle nous l'empruntons.

OBSERVATION IX [2].

Endopéricardite précédant do deux jours les manifestations articulaires.

N... Julien, âgé de vingt-neuf ans, palefrenier, est doué d'une bonne constitution et n'a jamais été malade. Il a les cheveux châtains, la peau fine ; son père et sa mère encore vivants et très bien portants, n'ont jamais eu de rhumatisme.

Cet homme, malade depuis trois jours, entre le 19 décembre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gubler.

Au début (15 décembre), N... a été pris de douleurs vagues, occupant la continuité des membres (mélalgie), sans prédominance marquée au niveau des articulations. Il n'a pas eu de frissons, mais seulement un peu de chaleur à la peau. L'appétit et le sommeil étaient du reste parfaitement conservés.

A son entrée, douleurs comme les jours précédents ; le pouls est fréquent, assez développé ; la peau chaude et sèche, la soif assez vive ; langue humide, blanche, sans enduit.

20 décembre. — Le malade a dormi paisiblement jusqu'à minuit, heure à laquelle il s'est réveillé et n'a pu se rendormir, à cause d'un

1 *Union médicale*, 4 février 1865, p. 235.

2 Ruffey, *Thèse*, Paris 1865, n° 32.

sentiment de chaleur incommode qu'il éprouvait. Du reste, rien de changé ni dans le caractère, ni dans l'intensité des douleurs.

A la visite on trouve le malade dans l'état suivant:

Décubitus dorsal, peau chaude et sèche; pouls fréquent (120 pulsations), assez développé. Les articulations, examinées avec le plus grand soin, ne présentent ni douleur, ni rougeur, ni gonflement.

La respiration, plus fréquente que d'habitude, est profonde ; le malade n'accuse cependant aucune gêne de cette fonction, ni douleur à la région précordiale, L'auscultation fait reconnaître l'existence *d'un bruit de souffle au premier temps du cœur*, avec maximum à la pointe, et *d'un bruit de frottement péricardique* ayant le caractère d'un lèchement.

L'appétit est conservé. — Poudre de Dower, 1 gramme ; infusion de tilleul sucré, une portion.

21. — Le malade n'a pas dormi. Les articulations radio-carpiennes droite et gauche sont gonflées et douloureuses, toutes deux sont le siége d'un épanchement.

A droite, l'épanchement avance en formant un relief étendu sur la face dorsale de la main jusqu'à la ligne articulaire qui sépare le carpe du métacarpe; il y a un peu de rougeur. Les épaules sont également douloureuses, ainsi que les genoux qui présentent un épanchement assez considérable pour donner une fluctuation bien manifeste.

La peau est toujours chaude et sèche, le pouls à 120, régulier et assez développé.

Le bruit de souffle de la pointe du cœur est de plus en plus marqué; le frottement péricardique a pris le caractère d'un double lèchement. La pointe du cœur bat, comme le premier jour, dans le cinquième espace intercostal, sur une ligne verticale passant par le mamelon.

Pas de gêne appréciable de la respiration, qui paraît cependant un peu plus fréquente que d'habitude. — Limonade citrique, un pot, et un pot additionné d'émétique 0 gr. 10. ; sulfate de quinine, 1 gr. bouillon, potage.

22. — Pas de sommeil. Le gonflement et la douleur du poignet droit ont disparu, ils n'ont fait que diminuer au poignet gauche. Les genoux sont revenus à l'état normal.

La peau est chaude et sèche ; les caractères du pouls et de la respiration sont les mêmes que ceux d'hier.— Traitement *ut supra*, moins le tartre stibié.

23. — Hier soir seulement, N... a eu des sueurs bornées à la tête et au cou.

La peau est chaude, halitueuse ; le pouls toujours fréquent (120) et développé.

L'articulation radio-carpienne gauche est encore gonflée et douloureuse, ainsi que les deux épaules.

L'insomnie a continué.

Persistance du bruit de souffle au premier temps et à la pointe, ainsi que du lèchement péricardique.

Respiration toujours un peu fréquente; absence complète de douleur précordiale.

24. — Pouls toujours développé et régulier, mais moins fréquent (96) ; chaleur fébrile intense, peau moite.

L'auscultation fait reconnaître un empâtement des claquements valvulaires, surtout du second; il n'y a plus qu'un seul bruit de frottement péricardique. La pointe du cœur bat juste sur la verticale menée par le mamelon ; la percussion donne une matité étendue à 15 millimètres en dehors du lieu où se produit le choc de la pointe et un peu plus bas ; le choc de la pointe est moins énergique. — Traitement *ut supra ;* en outre tirer deux cents grammes de sang par application de ventouses scarifiées sur la région précordiale.

25. — Pouls large, développé (96) : chaleur fébrile toujours très intense, peau humide. Un peu de malaise à la région du cœur.

La pointe du cœur bat à trois centimètres en dehors de la verticale menée par le mamelon ; la matité, plus étendue, a pour limite externe le lieu même où se produit le choc de la pointe.

L'auscultation révèle l'existence d'un prolongement du premier bruit du cœur et d'une sorte d'empâtement du second ; un seul bruit de souffle à la pointe de l'organe. En dedans du mamelon, double bruit de frottement péricardique, le second perceptible à la main appliquée sur la région.

Urines ambrées, sans albumine.

Deux pilules d'opium de 0 gr., 025 chacune ; limonade avec tartre stibié 0,10 ; bouillon, potage.

26. — La pointe du cœur s'est rapproché de 1 centimètre de la ligne verticale; la matité à la percussion a diminué d'étendue ;frottement péricardique toujours double, l'un fort, l'autre faible ; persistance du bruit de souffle à la pointe au premier temps.

Respiration paraissant normale ; pouls à 92, assez développé ; peau chaude et moite, insomnie persistante.

27. — N... se trouve mieux.

La pointe du cœur bat encore en dehors de la verticale au mamelon. On entend toujours le double frottement péricardique, ainsi que le bruit de souffle de la pointe au premier temps. — Deux pilules d'opium; infusion de tilleul ; bouillon, potage.

29.—Le malaise de la région précordiale est complétement dissipé. La pointe se rapproche de plus en plus de la verticale passant par le mamelon ; frottement et souffle à la pointe du cœur au premier temps; souffle à la base, prolongeant le premier temps.

Pouls à 88-92, chaleur fébrile moins intense, peau légèrement moite. — Sulfate de quinine, 1 gramme ; deux pilules d'opium de 0,05 chacune ; une portion.

30. — Le malade se trouve beaucoup mieux, l'expression de la physionomie indique moins de souffrance ; il a un peu sommeillé pendant le jour.

Le pouls est à 72, normalement développé, la chaleur fébrile a presque complétement disparu. Le frottement péricardique est toujours plus accusé à la pointe qu'à la base ; les claquements valvulaires de la base sont encore empâtés. — Limonade ; vésicatoire volant sur la région précordiale.

31. — Pouls à 72, normalement développé.

La pointe du cœur bat encore à un centimètre en dehors de la verticale du mamelon.

Plus de douleur ni de gonflement au poignet gauche, mais le droit est repris.

Le malade se plaint d'un peu de gêne de la respiration, de toux et de douleur peu intense dans le côté gauche ; l'auscultation fait découvrir un bruit de frottement pleurétique assez fort à gauche, en arrière, dans la fosse sous épineuse et sous l'aisselle du même côté ; pas d'égophonie ; émétique, 0,10 ; une pilule de 0,25 d'opium.

1er janvier 1865. — Pas de fièvre, presque plus de douleur au poignet ; chaleur à peu près normale.

L'auseultation dénote la persistanee du frottement pleurétique et du frottement péricardique, qui est cependant un peu adouci, ainsi que du souffle de la pointe au premier temps ; la douleur de côté a diminué. — Une pilule d'opium, limonade, bouillon, potage.

2. — Pas de changement dans l'état local ; toujours pas de fièvre ; appétit. — On supprime le sulfate de quinine ; une portion et une côtelette en supplément.

6. — Le frottement pleurétique a beaucoup diminué ; il y a toujours un léchement péricardique à la pointe.

8. — Le frottement pleurétique a complétement disparu ; le léchement péricardique persiste à la pointe, ainsi que le souffle au premier temps ; pas de fièvre, respiration normale, soif vive.

Les deux poignets, indolores, sont œdématiés et conservent l'empreinte des doigts qui les pressent. L'articulation temporo-maxillaire est prise à droite et à gauche, surtout celle du côté gauche.

9. — Même état que la veille, seulement les deux articulations temporo-maxillaires sont moins douloureuses.

10. — Il ne reste plus rien dans les articulations de la mâchoire.

11. — N..., malgré les représentations qui lui sont faites, quitte l'hôpital dans l'état suivant : il n'y a plus aucune douleur des articulations, seulement les deux poignets sont œdématiés ; la fièvre n'est pas revenue, l'appétit est bon. Le cœur a repris ses dimensions ordinaires ; la pointe bat dans le einquième espace intercostal sur une ligne verticale passant par le mamelon. Le frottement péricardique existe encore, mais affaibli ; il y a un bruit de souffle à la pointe du cœur, au premier temps.

De cette observation ressortent plusieurs faits intéressants : c'est d'abord l'arrivée tardive de la fluxion articulaire ; du 15 au 21 décembre, la fièvre et la courbature sont les seuls symptômes dont se plaigne le malade. Cette fièvre n'est pas en rapport avec l'état constaté des organes jusqu'au 20 décembre, époque où l'on observe le développement de l'endopéricardite. C'est un nouvel exemple de fièvre rhumatismale s'accompagnant de l'inflammation cardiaque avant toute autre manifes-

tation, et, comme pour confirmer les conclusions de Stokes et de Graves, cette fièvre est intense.

Sous son influence l'endopéricardite apparaît et persiste ; la fluxion articulaire vient à son tour, mais son évolution ne change en rien la marche de la péricardite, qui, d'abord sèche, s'accompagne d'épanchement, et persiste encore lors de la sortie du malade, alors que la phlogose articulaire a depuis longtemps disparu. Une pleurésie sèche, caractérisée par quelques frottements, ne nécessitant pas un traitement spécial, se montre également et disparaît; la localisation endopéricardique n'en reste pas moins la lésion dominante dans cette intéressante observation de rhumatisme aigu.

Nous trouvons dans la thèse de M. Ruffey deux autres observations, l'une d'endopéricardite d'emblée, recueillie par M. Durozier, ancien chef de clinique de la Faculté, l'autre de péricardite, communiquée par M. Brouardel. Nous les donnons *in extenso*.

OBSERVATION X [1].

Eudopéricardite précédant de dix jours la localisation articulaire.

Au numéro 5 de la salle Saint-Jean-de-Dieu de l'hôpital de la Charité, service de M. Bouillaud, est couché un nommé D..., peintre sur porcelaine. Cet homme raconte qu'étant enfant il a éprouvé un point de côté, de la douleur dans les articulations, sans toux ni fièvre, accidents pour lesquels il a dû garder le lit pendant huit jours. Depuis il a eu trois fluxions de poitrine, une première à dix-huit ans, qui a duré quinze jours, pour laquelle on lui a fait une ou deux saignées ; une deuxième à vingt ans, qui a duré un mois, on lui a fait une saignée et appliqué des sangsues; la troisième à vingt-cinq ans, d'une durée à peu près aussi longue que la précédente, et pour laquelle on lui a fait le même traitement.

Aujourd'hui D... a quarante ans; depuis quatre ans il respire avec difficulté et il a des palpitations depuis trois ans; souvent il est forcé de s'aliter pendant un ou plusieurs mois à cause de l'anhélation qu'il éprouve. Jeudi, il est tombé malade, mais n'a cessé son travail que vendredi, jour où il a eu des frissons, avec tremblement, suivis de chaleur, de l'inappétence et de l'insomnie. Il n'a éprouvé ni nausées

1 Ruffey, thèse citée, p. 31.

ni dérangement du tube digestif, sa face a pris une teinte jaune depuis samedi.

Dimanche 13 juillet, jour de son entrée à l'hôpital, il a mangé un peu pour la première fois depuis sa maladie.

Ce jour-là le pouls est à 120, développé, non redoublé. La peau chaude est couverte de sueurs; la langue est blanche et saburrale.

Le foie paraît un peu augmenté de volume à la percussion; la rate et le cœur ont leurs dimensions normales.

A l'auscultation on trouve une sorte de dédoublement du second bruit du cœur. A droite, en bas et en arrière de la poitrine, on entend un bruit de souffle et un bruit de déchirement avec retentissement de la voix sans égophonie, et respiration puérile.

14. — Le pouls est à 108, développé, sans redoublement.

Il n'y a plus de souffle dans la poitrine, mais du frottement et du froissement; on entend la voix de jeton des deux côtés. Les sommets des poumons ne paraissent pas être à l'état normal.

Le second bruit du cœur est toujours dédoublé.

Les urines laissent déposer, par refroidissement, un dépôt abondant d'acide urique coloré en rouge; l'acide y décèle une certaine quantité d'albumine, mais n'y détermine pas de coloration verte.

15. — 108 pulsations. La poitrine ne présente ni souffle, ni voix de jeton, mais des craquements des deux côtés dans la moitié de la hauteur au moins.

A la région précordiale on perçoit un frottement superficiel, sec, diffus, sous l'oreille, prolongé de manière à occuper les deux temps du cœur. Tic-tac du cœur à distance, altéré. Bruit de souffle rude à la pointe; le tic-tac s'entend jusque sous la clavicule, le souffle se propage peu. — Une saignée de trois palettes, ventouses scarifiées sur la région du cœur, trois palettes.

Le soir on trouve le pouls battant 108 fois par minute; on entend un beau froissement sous l'oreille à la région du cœur; l'impulsion de cet organe est faible; la matité à la percussion ne semble pas coïncider avec l'étendue des battements; nulle part on ne sent distinctement la pointe.

La main appliquée sur la poitrine perçoit un double frottement au niveau de l'endroit où l'on entend le froissement. La poitrine résonne moins à la percussion à gauche qu'à droite, dans toute la hauteur. Il y a toujours une grosse crépitation pendant l'inspiration dans la moitié inférieure du côté gauche de la poitrine; au côté droit on entend un peu de souffle pendant l'expiration, et de la crépitation dans les deux tiers inférieurs. Vers le milieu de la hauteur, il y a du retentissement de la voix plus fort, plus aigre que partout ailleurs, mais pas d'égophonie nette.

16. — Pouls à 108. La couenne du sang de la saignée est peu rétractée. On entend toujours la même crépitation en arrière des deux côtés de la poitrine; il n'y a plus de souffle. Le poumon droit résonne moins bien, à la percussion à la base en arrière, que le gauche; du reste la résonnance est généralement bonne.

Le souffle de la pointe du cœur est très sec; le bruit de tic-tac est plus distinct; le deuxième bruit présente quelque chose d'argentin.

Le soir, 108 à 112 pulsations régulières; 48 respirations.

17. — Pouls à 100 à 104. Les bruits du cœur prédominent sur les bruits anormaux. La coloration jaune de la peau est moins intense. *Les coudes et les genoux sont devenus douloureux.* — Tisane de chiendent, une pilule d'opium de 0,03; lavement camphré, diète.

18. — Pouls à 112. On entend le double claquement valvulaire du cœur assez net sous le sternum, et un double bruit de râpe péricardique; par la palpation on perçoit un double frou-frou. A la pointe du cœur le claquement valvulaire est voilé.

Le pouce de la main droite est gonflé.

L'auscultation fait découvrir du froissement à la base des deux poumons.

A la visite du soir le pouls est à 100, mou, assez développé. Le cœur présente encore deux sortes de bruits au second temps; nulle part on n'entend de claquements valvulaires bien frappés, ils sont enroués. Plus superficiellement, et dans un rythme différent, on entend un frottement en forme de souffle net dans les carotides.

19. — 108 pulsations.

Le genou droit présente un épanchement de liquide assez considérable.

A la visite du soir le pouls est à 100; on entend un beau bruit de râpement péricardique se séparant du double bruit qu'on entend à droite et à gauche; il a un rythme tout à fait différent. — *Ut supra*, en outre un vésicatoire sur le genou.

20. — Le pouls a la même fréquence et les mêmes caractères qu'hier soir, les claquements valvulaires du cœur sont nets à droite et à gauche; on entend toujours le bruit de râpe et de froissement péricardique.

21. Pouls petit et faible, à 108.

Les claquements valvulaires sont toujours nets; pas de matité anormale à la percussion; à l'auscultation beau bruit de râpe péricardique.

Le soir, le pouls est tombé à 96.

22. — Le pouls, revenu à 108, est assez développé, un peu tendu. Le bruit de râpe persiste; les claquements valvulaires du cœur sont assez bien frappés. On entend en arrière de la poitrine, des deux côtés, une crépitation fine; le soir, le pouls est à 96.

La sérosité du vésicatoire appliqué sur le genou est jaune.

23. — Le pouls est à 100; l'épaule gauche est prise depuis hier.

Les bruits du cœur sont assez nets, surtout à gauche; il y a du froissement à la base de l'organe, et plus bas un bruit de râpe.

Le soir, le pouls est assez développé, à 96.

Les bruits du cœur sont assez voilés à gauche, mais à droite ils sont nets, et l'on entend toujours au milieu un bruit de froissement et un bruit de râpe. La matité précordiale n'est pas considérable, elle répond à l'endroit où bat la pointe.

24.— Respiration très haletante, le pouls à 104-108, mou, dédoublé.

Il y a un peu de fluctuation dans le péricarde; la pointe du cœur ne se détache pas bien, mais les claquements valvulaires sont assez nets. Les deux bruits de râpe et de froissement s'entendent toujours à la

base et plus bas vers la pointe. Le choc de la pointe du cœur se fait dans le cinquième espace intercostal, en dehors du mamelon.

L'auscultation fait découvrir l'existence de deux bruits assez rauques dans les carotides; il n'y a pas de bruit de souffle au cœur.

Les froissements qui existaient en arrière et en bas de la poitrine, des deux côtés, n'ont pas encore disparu.

25. — Pouls à 108-112; le soir il tombe à 104-108.

26. — Pouls sans changement; on trouve toujours un bruit de râpe péricardique; il y a un peu d'indécision dans l'extension des valvules.

Murmure respiratoire faible à droite de la poitrine ; ce côté résonne peu en arrière à la percussion ; quasi-matité avec résonnnance exagérée, tout à fait sur le côté, crépitation. — Vésicatoire, poudre de digitale 0,20 centigrammes.

27. — Le malade se trouve mieux et sort quoique non guéri.

OBSERVATION XI [1].

Péricardite précédant de six jours la localisation articulaire.

Mme L. P..., âgée de vingt-neuf ans, d'une constitution vigoureuse, a été mariée à dix-huit ans; elle a eu un enfant deux ans après, les suites de couches ont été normales. Elle a été réglée pour la première fois à seize ans, mais, depuis ce temps, ses règles ont été toujours irrégulières, présentant des intervales de six à huit mois entre deux époques. Elle a toujours des pertes avec caillots sanguins lorsque ses règles reviennent.

Mme L. P... a eu plusieurs pelvi-péritonites, dont une assez grave, pour laquelle elle a été soignée à la Pitié par M. Bernutz, en 1859.

Depuis l'âge de vingt ans, elle n'a eu ni couches ni fausse-couche.

Au commencement du mois d'août 1854, cette dame fit un voyage au Hâvre, et revint la nuit sans être suffisamment vêtue. Deux jours après son retour, elle eut une angine simple (17 août), avec fièvre, qui céda en huit jours, avec l'aide d'un vomitif et de gargarismes avec de l'alun. A cette angine succéda une soif d'une excessive intensité; la malade se levait la nuit pour boire ; la bière seule réussit à calmer sa soif. Chaque nuit elle en boit environ deux litres. Les urines, qui sont aqueuses et très abondantes, ne présentent rien d'anormal à l'analyse, par les réactifs du sucre et de l'albumine. Cette soif persiste jusqu'à la moitié de septembre.

5 septembre. — La malade est prise d'une douleur occupant la partie postérieure gauche du cou, cette douleur est assez vive pour empêcher le sommeil. — Ouate, sinapismes *loco dolenti* liniment laudanisé chloroformé.

La douleur diminue; mais, le 15, la malade est prise de douleurs excessivement vives dans les reins et le bas-ventre, s'irradiant vers

1 Ruffey, thèse citée, p. 34.

la partie interne des cuisses. Elles s'exaspèrent par la pression. Le toucher vaginal permet de reconnaître que l'utérus et ses annexes sont sains, quoique le ballottement utérin provoque quelques douleurs. Anorexie; pouls à 90 pulsations; pas de vomissements.

En saisissant la peau entre deux doigts sur le trajet des nerfs iléo-lombaires, on provoque des douleurs aiguës, cet état persiste encore le 21, malgré le séjour au lit et des cataplasmes laudanisés.

22. — Les règles, qui n'étaient pas revenues depuis huit mois, apparaissent; pas de caillots. Les douleurs iléo-lombaires se calment un peu.

23. — M. Brouardel constate la présence d'un *épanchement péricardique*, caractérisé par l'obscurité des bruits du cœur, l'augmentation de la matité qui s'étend jusqu'au niveau du deuxième espace intercostal gauche, la voussure précordiale, et la disparition des battements du cœur à la vue. Le pouls est à 104, la respiration est à 22. — Vésicatoire sur la région précordiale; sulfate de quinine, 1 gr. en six doses.

25. — L'état est le même; l'écoulement sanguin a cessé, et les douleurs iléo-lombaires ont disparu.

28. — Apparition d'un *gonflement et d'une douleur aiguë dans le genou gauche*. Le sentiment d'étouffement a diminué; les battements du cœur s'entendent mieux; il existe un bruit de frottement très net dont la maximum est sur le bord du sternum, au niveau de la première côte.

Pouls 112. — Même traitement.

Les jours suivants, la complication du côté du cœur va toujours en diminuant, mais les douleurs aiguës occupent successivement toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs. Elles persistent longtemps dans les articulations des doigts. La fièvre persiste avec 104-120 pulsations, jusqu'au 31 septembre.

31. — Bruit de frottement péricardique accompagnant le premier temps d'une manière très nette; le pouls est à 104. Il y a encore des douleurs dans la hanche gauche et la main droite. L'appétit revient un peu, la malade prend du bouillon.

Les douleurs ne disparaissent suffisamment, pour lui permettre de se lever, que le 12 octobre, à partir de ce jour elle va mieux, et entre franchement en convalescence.

A la fin de décembre, le frottement qui accompagnait le premier temps du cœur existe encore, mais si faible, qu'il serait difficile, sans les antécédents, de décider s'il est dû à l'endocarde ou au péricarde.

OBSERVATION XII [1].

Péricardite précédant de neuf jours la localisation articulaire.

Une fille entre à l'hôpital Saint-Antoine, en 1862, dans le service de M. Boucher de la Ville Jossy, suppléé par M. Lorain. La péricar-

Ruffey, mémoire cité, p. 36.

dite, chez cette fille, précéda de neuf jours les manifestations articulaires.

Les accidents du côté des jointures furent très peu intenses et tout à fait passagers; il n'y eut qu'un poignet et un genou de pris, encore ces accidents disparurent-ils rapidement dès le lendemain ou le surlendemain.

Cette malade fut, plus tard, prise de délire bruyant, sans fièvre, et on dut la transporter à la *Salpêtrière*. Lors de sa translation, il n'y avait plus un seul phénomène morbide du côté du péricarde, si ce n'est un bruit de frottement. Chez cette malade, presque toute la maladie s'est passée du côté des séreuses du cœur.

Dans le très remarquable mémoire sur *la Chorée, le rhumatisme et les maladies du cœur chez les enfants* que M. Roger a publié dans les *Archives générales de médecine*. Nous trouvons, entre autres conclusions, la proposition suivante qui a trait à notre sujet : « Dans certains cas, c'est la plegmasie » cardiaque qui commence la série des manifestations rhuma- » tismales et qui crée la diathèse[1]. »

Nous empruntons à ce mémoire l'observation suivante :

OBSERVATION XIII [2].

Rhumatisme polyarticulaire intense avec endopéricardite et pleurésie gauche; chorée partielle pendant le cours du rhumatisme.

Angelica Boudringa, âgée de douze ans, entre le 7 septembre 1864 dans le service de M. Blache, pour un rhumatisme polyarticulaire avec prodrômes assez longs qui font penser un moment à la fièvre typhoïde.

Dès les premiers jours se développent une endopéricardite, puis une pleurésie, et presque en même temps une chorée légère bornée à la face et aux mains.

Les mouvements choréiques survivent au rhumatisme, et le 14 décembre la petite malade a repris en apparence la santé la plus parfaite. L'auscultation permet toutefois de constater la permanence de l'endocardite marquée par un bruit de piaulement.

Cette enfant est rentrée dans nos salles en 1865. Elle a succombé

1 Roger, *Recherches cliniques sur la chorée, sur le rhumatisme et sur les maladies du cœur chez les enfants*; Arch. gén. de médecine, 6e série, 1867. t. IX, p. 73.

2 Roger, mémoire cité. *Archives générales de médecine*, 6e série, t. VIII, 1866 p. 664.

aux progrès de l'affection cardiaque, compliquée d'épanchement pleurétique double, d'ascite et d'œdème pulmonaire.

Cette observation, dans sa rédaction, n'est pas extrêmement nette et probant au point de vue qui nous occupe. Mais nous nous croyons en droit de rapporter ces mots : *dès les premiers jours* à la période prodromique, que l'observateur nous dit avoir été assez longue. Car, dans les conclusions qui terminent son mémoire, M. Roger range cette observation au nombre de celles dans lesquelles la maladie cardiaque a précédé la maladie articulaire.

L'observation suivante nous montrera l'endocardite survenant, dans le cours d'un rhumatisme aigu, avant toute manifestation articulaire, chez un malade porteur d'une affection organique du cœur développée sous l'influence d'attaques antérieures de rhumatisme aigu.

OBSERVATION XIV.

Endocardite d'emblée. — Rhumatisme articulaire aigu. — Péricardite. — Pleurésie gauche.

(Observation communiquée par M. Marchand, interne des hôpitaux).

Né de parents rhumatisants, A. C...., est fortement constitué, bien que dans sa jeunesse il ait été atteint de manifestations rhumatismales graves. L'une d'elles, à l'âge de huit ans, se serait accompagnée d'une pneumonie et d'une localisation cardiaque.

Depuis lors il a conservé des signes d'une lésion organique, compatible cependant en apparence avec la santé la plus parfaite.

En juillet 1865, il fut pris d'un rhumatisme articulaire généralisé qui se termina brusquement au bout de huit jours sous l'influence d'une forte attaque de choléra. Le malade, après avoir couru les plus grands dangers, guérit cependant. Nonobstant la disparition si rapide de tous les phénomènes de l'affection rhumatismale qui était compliquée de phénomènes cardiaques très marqués, la lésion auriculo-ventriculaire ancienne sembla s'aggraver et se compliquer de temps à autre d'accidents douloureux affectant assez les caractères de l'angine de poitrine.

La circulation cardiaque donne lieu depuis lors à un bruit de souffle rude, particulièrement lorsque cette circulation s'accélère sous l'influence d'une cause quelconque; le maximum d'intensité du souffle siége à la pointe. Le malade avoue du reste que, depuis cette époque,

il ne lui serait plus possible de courir comme auparavant, de se soumettre à des causes d'excitation sans éprouver de la douleur du côté de la région précordiale et un sentiment de suffocation pénible.

En mars 1868, il fut soumis à une cause de refroidissement très brusque. Dès le lendemain de ce jour, qui avait été marqué du reste par des excès de tout genre, le malade fut pris d'un sentiment de courbature et de lassitude qui le contraignit à garder le lit.

Le surlendemain *lundi*, léger mouvement fébrile, l'urine offre une teinte très foncée, on dirait des urines ictériques. Le malade se plaint d'un point de côté très douloureux; sa respiration est fréquente et anxieuse; ces symptômes dirigent immédiatement l'attention sur la région cardiaque.

Nous constatons, mon collègue Lafaurie, alors interne à Cochin, et moi, une impulsion cardiaque énergique et l'existence d'un souffle beaucoup plus rude que d'habitude et dont le maximum est encore à la pointe. La matité de la région n'a subi aucune augmentation notable. Rien du côté du poumon, la respiration se fait partout librement.

Il n'existe vers les articulations aucun phénomène douloureux, si léger qu'il soit, qui puisse faire prévoir l'invasion prochaine de l'arthrite rhumatismale.

Mardi. — Tous les symptômes constatés la veille se sont aggravés. Le malade a eu des sueurs très abondantes pendant la nuit. L'état fébrile est très marqué. La douleur de la région précordiale est très pénible; le souffle et le désordre du cœur persistent; la douleur précordiale entretient un état d'anxiété très marqué dans la respiration.

Mercredi. — Aujourd'hui seulement (cinquième jour de la maladie et troisième depuis la constatation des troubles cardiaques), le malade se plaint d'éprouver un endolorissement de l'articulation du genou gauche, endolorissement qui se propage dans les masses musculaires de la cuisse du même côté. L'état général est à peu près le même qu'hier.

Jeudi. — L'arthrite rhumatismale tend à se généraliser. Elle a envahi les principales jointures (cous-de-pied, genoux, coudes, poignets). Les douleurs qu'elle occasionne sont vives, cependant le malade prétend qu'elles le sont peut-être moins que celles qu'il a ressenties dans les précédentes attaques.

La manifestation articulaire offre du reste ceci de remarquable que la fluxion semble retentir assez peu dans les tissus périarticulaires. La peau des poignets et des articulations métacarpo-phalangiennes, qui sont très douloureuses, ne présente aucun gonflement ni aucune rougeur. La synoviale des genoux est occupée par un épanchement liquide notable, mais au pourtour la peau ne présente que quelques plaques erythémateuses, et non une couleur uniformément rosée.

Pendant cinq jours l'état du malade reste à peu près stationnaire. Il est à noter cependant que, depuis le développement de l'arthrite, les symptômes de la manifestation cardiaque se sont un peu amendés.

Le mardi suivant, sans que rien ait pu faire prévoir ce changement, le malade se plaint d'une douleur précordiale vive. Il éprouve un sentiment très pénible d'angoisse et d'oppression. Les manifestations articulaires se sont beaucoup améliorées. Elles ont abandonné les

jointures des membres supérieurs; les genoux sont encore douloureux, l'hydarthrose a diminué. L'état fébrile n'est pas plus marqué que les jours précédents, malgré l'aggravation des symptômes cardiaques.

L'examen de la région du cœur permet de constater que la matité précordiale a augmenté considérablement. Les battements du cœur sont éloignés; l'impulsion a complètement disparu; le souffle a perdu le caractère rude et rapeux qu'il avait au début de la maladie.

Il existe donc un épanchement péricardique qui s'est produit rapidement sous l'influence d'une cause déterminante inconnue. La production rapide de cet épanchement coïncide remarquablement avec des modifications survenues dans les phénomènes articulaires.

Mercredi. — Même état. Oppression considérable. La matité de la région précordiale n'a pas varié depuis hier. Même état des jointures malgré une sinapisation énergique qui a été appliquée à leur niveau dans le but d'y ramener la fluxion rhumatismale.

Jeudi, vendredi et samedi. — Aucune modification sensible de l'état précédent. Oppression toujours considérable. Les douleurs articulaires n'ont pas reparu; l'état fébrile est resté modéré malgré l'aggravation des phénomènes dus à l'affection cardiaque.

Depuis le début de la maladie et malgré l'usage de boissons délayantes et légèrement nitrées, les urines sont acres, fortement teintées et laissent déposer un sédiment abondant d'acide urique.

Le lundi suivant les douleurs reparurent; l'épanchement péricardique diminua, à en juger par l'étendue de la matité et le timbre des bruits. Le bruit de souffle reparaît, rude comme au début. Pas de frottement péricardique.

Rien à noter pendant le courant de la semaine, mais le samedi, l'état du malade s'aggrava encore.

Les douleurs articulaires abandonnèrent encore une fois les jointures des membres supérieurs. Aux membres inférieurs, les genoux seuls sont restés légèrement endoloris et sont toujours le siége d'un épanchement notable qui ne s'est guère modifié depuis le début.

L'état fébrile a subitement augmenté la veille, et le point de côté cardiaque qui avait en partie disparu s'est fait sentir de nouveau avec une grande intensité. La matité précordiale s'est étendue, les bruits du cœur se sont de nouveau éloignés. Mais de plus, en arrière, et à gauche de la base du thorax, il existe une matité complète qui s'étend jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

L'auscultation révèle en ce point les signes d'un épanchement pleurétique encore assez peu abondant; un souffle existe dans toute l'étendue occupée par la matité; au-dessus de l'angle du scapulum le murmure vésiculaire est affaibli. La gêne de la respiration a augmenté et le malade ne peut se coucher sur le côté droit.

Il s'est également manifesté depuis quelques jours une rachialgie qui tient probablement à l'envahissement des articulations vertébrales.

Les deux jours suivants l'épanchement demeura stationnaire; mêmes signes stéthoscopiques. De temps à autre, et sans autre cause déterminante que les plus légers mouvements, le malade est pris de véritables accès de suffocation. Respiration extrêmement courte et précipitée qui empêche le malade de parler.

Persistance de l'état fébrile.

Le jeudi, l'épanchement pleurétique a augmenté, la matité s'est élevée et la respiration ne s'entend plus à gauche.

Le samedi, légère amélioration. Respiration plus facile. Même état de la plèvre et du cœur.

Un peu moins de fièvre.

Dimanche et lundi, un peu moins de fièvre. Diminution de l'épanchement thoracique. Le souffle a reparu à gauche. Moins de dyspepsie. Persistance de la rachialgie.

Mardi et mercredi. Augmentation de l'état fébrile et réapparition des douleurs dans les membres supérieurs (articulation scapulo-humérale).

Samedi. — Modification heureuse survenue dans l'état local et dans l'état général du malade. L'épanchement pleural et péricardique diminue. Toujours un peu de fréquence respiratoire. Douleurs peu vives d'ailleurs dans les épaules.

Dimanche. — On constate un frottement péricardique superficiel. Il existe toujours un peu de matité dans le côté gauche de la poitrine, mais le murmure vésiculaire, quoique très affaibli, s'entend dans presque toute l'etendue du poumon.

A partir de ce jour, la maladie articulaire et la maladie thoracique entrèrent franchement en résolution, et environ dix jours après, la convalescence commença. Celle-ci fut longue et le retour à la santé ne se fit que peu à peu.

Quatre mois après, le malade conservait encore une excessive sensibilité au froid; il éprouvait dans les articulations et particulièrment dans les synoviales tendineuses des poignets un endolorissement pénible chaque fois que la température baissait ou que l'atmosphère se chargeait d'humidité.

Actuellement il éprouve de temps en temps des douleurs précordiales, de l'oppression quand la circulation vient à s'exagérer, phénomènes qu'explique suffisamment la persistance et peut-être l'aggravation de la lésion organique des orifices cardiaques. L'auscultation révèle toujours l'existence d'un souffle mitral des plus intenses.

Dans cette observation, l'arthrite rhumatismale ne survient que trois jours après l'apparition de la maladie aiguë du cœur. Plus tard survient une péricardite, puis une pleurésie. La marche de toutes ces manifestations est en quelque sorte parallèle, et la résolution se fait en même temps et sur les jointures, et sur le cœur, et sur la plèvre.

Dans toutes les observations que nous venons de rapporter, l'endocardite et la péricardite précèdent toute autre manifestation rhumatismale, mais appartiennent à l'attaque qui voit se développer les autres localisations aiguës. Dans d'autres cas, on

observe l'endopéricardite d'emblée, mais précédant à une longue distance l'affection articulaire. Entre la maladie du cœur et la maladie des jointures; un long temps s'écoule, pendant lequel le malade semble avoir repris possession de son état de santé habituelle. Mais surviennent alors les inflammations articulaires, et le rhumatisme, qui s'était annoncé en occupant d'abord le cœur, envahit ensuite les jointures. Dans ce cas, ce n'est plus *l'attaque* du rhumatisme que la maladie du cœur précède, c'est *l'affection rhumatismale* tout entière.

Nous avons extrait du mémoire de M. Roger, sur la *chorée cardiaque*, trois observations qui ont entre elles les relations les plus grandes et qui démontrent nettement le fait que nous venons d'énoncer.

OBSERVATION XV [1].

Endopéricardite.— L'année suivante rhumatisme subaigu très prolongé dans son cours, chorée légère.

Le jeune M., âgé d'une dizaine d'années, est amené de province pour me consulter. Il a été atteint en 1863, d'une *endopéricardite avec épanchement considérable* qui rendit la mort imminente pendant plus d'un mois. Il guérit; mais, l'*année suivante*, survint une attaque de rhumatisme polyarticulaire, accompagnée de douleurs prolongées et pénibles dans les muscles des épaules. Ce rhumatisme, d'une intensité moyenne, détermina une recrudescence de l'endocardite, et se prolongea plusieurs mois.

Environ cinq à six semaines après le début de l'attaque, et la fièvre rhumatismale durant encore, cet enfant présenta des phénomènes de chorée légère. Ce désordre musculaire disparut graduellement au bout d'un mois sans avoir jamais été plus marqué. J'ai revu plusieurs fois cet enfant, et il n'a plus, depuis lors, offert ni rhumatisme ni chorée. Quant à l'affection du cœur, elle me semble notablement améliorée.

M. Roger fait suivre cette observation de quelques remarques où il attire l'attention sur le fait de l'apparition de l'endocardite une année avant la maladie des articulations, «tandis que,

1 Roger; *Recherches sur la chorée, le rhumatisme*, etc. Arch. génér. de médecine, 6e série, t. VIII; 1866, p. 652 et 653.

dit-il, dans l'ordre habituel des manifestations rhumatismales, le cœur et ses enveloppes ne sont pris que secondairement. »

OBSERVATION XVI [1].

Endocardite d'emblée; pleurésie double, rhumatisme des doigts quatre mois après. — Mort par la maladie du cœur à marche rapide (six à huit mois).

Rénevey, Marie, âgée de douze ans et demi entre, pour la première fois, le 4 janvier 1865, à l'hôpital des Enfants, salle Ste-Geneviève. Elle avait, à son entrée, une *endopéricardite* d'abord peu intense, qui donna lieu à un épanchement considérable, s'accompagna de *pleurésie* gauche le 7 janvier, et de pleurésie droite le 9. Ces complications mirent en danger les jours de la petite malade.

Elle guérit cependant sans avoir souffert de douleurs articulaires, et elle put quitter l'hôpital (le 11 mars), dans un état passable, malgré l'existence d'une grave affection du cœur (rétrécissement aortique et insuffisance mitrale avec hypertrophie).

Dans le courant du mois d'avril, Marie Rénevey rentrait pour la seconde fois dans notre service. Elle souffrait alors de palpitations intenses et d'essoufflement dûs au progrès de son affection organique du cœur. Dans ce second séjour elle fut prise, pendant quatre jours seulement, de *rhumatisme des doigts de la main gauche.*

Quelques semaines après, elle sortait de nouveau, mais pour rentrer une troisième fois, quelques mois après, le 12 juillet, très souffrante de son affection du cœur. Elle succomba, cette fois, quatre mois plus tard (22 novembre).

OBSERVATION XVII [2].

Endopéricardite très aiguë ; un an après, rhumatisme.

J'ai donné pour la première fois des soins au jeune Michel C., en 1861 (il avait neuf ans), pour une *endopéricardite* des plus aiguës, avec épanchement énorme dans le péricarde. Cette endopéricardite était *primitive*, et n'avait pas été précédée de rhumatisme à aucune époque. L'enfant, qui était d'ailleurs d'une constitution très forte, échappa aux plus formidables accidents et la vie fut, pendant plus de quinze jours, sérieusement compromise.... La péricardite finit par guérir probablement avec des adhérences générales du péricarde au

1 Roger, mém. cité; *Arch. gén. de médecine*, 6e série, t. IX, 1867, p. 63.

2 Roger, *Mém. sur la chorée cardiaque.* Arch. gén. de médecine, 6e série, t. XI. 1868.

cœur. Mais l'endocardite persista, et l'hypertrophie consécutive vint après plusieurs mois.

Ce ne fut que l'année suivante que l'enfant fut atteint d'un rhumatisme polyarticulaire et musculaire d'assez grande intensité, rhumatisme qui revint depuis, à peu près chaque année, mais moins fort, et constitué parfois par de simples douleurs....

IV. — Nous avons donc pu recueillir vingt-sept cas de maladie aiguë du cœur qui, à des intervalles variables, ont précédé l'inflammation articulaire dans le rhumatisme aigu. De ces vingt-sept cas, nous avons donné dix-sept observations, plus ou moins détaillées, que nous avons trouvées dans les auteurs ou qui nous ont été communiquées. Les dix autres faits ne sont que signalés, et nous n'avons pu les relater en détail.

Au point de vue de la nature de la maladie cardiaque, ces vingt-sept cas se répartissent de la façon suivante :

Péricardites.	11
Endocardites	5
Endopéricardites . . .	11
	27

Donc, dans vingt-deux cas sur vingt-sept, la manifestation cardiaque consistait dans l'inflammation du péricarde soit seule, soit combinée à l'endocardite. L'endocardite isolée ne s'est montrée que cinq fois au début de l'attaque rhumatismale, et encore, dans un cas (obs. XIV), la péricardite est venue s'ajouter aux diverses localisations postérieurement à l'apparition du rhumatisme articulaire.

Nous ne voulons pas tirer de ce tableau des conclusions trop rigoureuses, quoique nous ayons consigné *tous les faits* d'affection aiguë du cœur primitive dans le rhumatisme que nous avons rencontrés ; nous opérons encore sur un total trop restreint. Cependant nous ne pouvons pas nous empêcher de faire remarquer que cette différence numérique n'est pas en rapport avec les données ordinaires de l'observation : la péricardite seule ou

compliquée d'endocardite, s'est montrée vingt-deux fois dans cette forme spéciale de rhumatisme aigu; l'endocardite, seule ou unie à la péricardite, ne s'est montrée que seize fois. On observe cependant plus souvent la complication endocardique que la complication péricardique dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.

Nous nous garderons bien de conclure que, lorsque le rhumatisme débute par le cœur, c'est son enveloppe externe qui est le plus souvent frappée, et non sa membrane interne. Nous pensons simplement que cette différence numérique tient surtout à ce que l'appareil symptômatique de la péricardite est plus nettement accusé que celui de l'endocardite. Il y a là une série de symptômes, dyspnée, anxiété péricordiale, matité, voussure, etc., qui ne peuvent pas échapper au médecin, tandis que, dans la plupart des cas, c'est l'auscultation seule qui peut permettre de reconnaître une endocardite au milieu de la fièvre intense qui marque le début normal du rhumatisme aigu. C'est là, pensons-nous, la cause principale de cette différence numérique et non un mode particulier d'évolution qui porterait le rhumatisme aigu, débutant par le cœur, à se fixer plus spécialement sur le péricarde.

Peut-être, cependant, cette prédominance de la péricardite donne-t-elle quelque valeur à cette idée que nous avons développée plus haut à savoir que l'action du froid peut aussi facilement s'exercer sur le péricarde que sur les articulations, et directement le rendre malade. Nous n'insistons pas sur cette idée, et nous nous en tenons surtout, pour expliquer ce fait, à la plus grande facilité qu'offre au début le diagnostic de la péricardite.

— Parmi nos dix-sept observations, dont quelques-unes sont malheureusement bien incomplètes, dix seulement font mention de l'état fébrile des malades lors de l'apparition et pendant l'évolution de l'affection aiguë du cœur. Or, sur ces dix faits, nous voyons *huit fois* la fièvre, très intense dès le début de la maladie, s'accompagner de sueurs profuses et de phénomènes

généraux graves. Donc, dans les quatre cinquièmes des cas, l'observation est venue donner raison à l'opinion qui met en rapport avec la fièvre rhumatismale et non avec la phlogose articulaire l'apparition des phlegmasies aiguës du cœur.

— Lorsque le rhumatisme articulaire apparaît, alors que la localisation cardiaque est en pleine évolution, que va-t-il se passer? Quelle sera sur la fluxion articulaire, au point de vue de son intensité et de sa durée, cette influence de précession des phénomènes cardiaques, et quelle sera l'action de la fluxion articulaire elle-même sur l'endopéricardite préexistante?

Les observations ne nous permettent malheureusement pas de répondre d'une façon absolue à toutes ces questions. Nous allons cependant chercher si elles peuvent nous fournir à ce sujet quelques indications utiles.

Dans nos dix-sept observations, sept fois le rhumatisme fut très aigu, huit fois il eut une intensité faible et une marche subaiguë ou rapide ; enfin, pour les deux autres cas, nous n'avons pas de renseignements. Il y a donc à peu près égalité proportionnelle entre les cas aigus et les cas légers. Il semble donc que la préexistence de l'inflammation cardiaque n'a pas une très grande action sur l'intensité de la maladie des jointures.

On peut dire la même chose de la durée du rhumatisme articulaire dans ce cas ; nous voyons, en effet, dans nos observations, la localisation articulaire durer : dans deux cas, trois jours ; dans un cas, quatre jours ; dans un cas, dix jours ; dans un cas douze jours ; dans un autre, quinze jours, et enfin dans un dernier, dix-sept jours. Dans un cas (obs. XIV), il présenta des caractères très nets d'erratisme, et, quoiqu'il fût peu intense, il parcourut lentement et successivement les jointures pendant la longue durée de la maladie. Enfin, pour les sept autres, nous manquons de renseignements.

A ce point de vue encore, il ne semble pas qu'on puisse tirer de conclusion absolue autre que celle-ci : Le rhumatisme articulaire aigu intercurrent ne semble pas influencé, quant à

sa durée et à son intensité, par la préexistence d'une endopéricardite.

— La question inverse est celle-ci : quand apparaît la fluxion articulaire, y a-t-il modification dans la marche de la péricardite ou de l'endocardite primitive? — Cette question est très importante au point de vue des doctrines qui ont longtemps régné sur la nature du rhumatisme ; elle tend à la démonstration ou à la négation de la métastase de dedans en dehors, qui ferait pendant à la prétendue métastase de dehors en dedans, des articulations sur le cœur, doctrine dont l'observation a fait justice. Si, en effet, nous voyons la lésion cardiaque qui a commencé la maladie se résoudre et disparaître lorsque viendra la lésion pulmonaire, ces faits pourront avoir une grande valeur et fournir une preuve à l'appui de la métastase. Mais il n'en est rien, et dans la plupart de nos observations nous voyons la maladie articulaire survenant dans le courant de la maladie cardiaque, non-seulement ne pas la supprimer, mais même ne pas lui apporter de modification sensible ; et quand l'arthrite a suivi sa marche ordinaire, elle se résout et disparaît; l'endopéricardite n'en continue pas moins son évolution, et, chez un grand nombre de nos malades, reste permanente et fixe. C'est ce qui ressort du résultat statistique suivant :

Dans nos dix-sept observations, douze fois l'endopéricardite a continué sa marche sans être modifiée par l'invasion des articulations; deux fois seulement il y a eu remplacement et disparition de la maladie cardiaque lorsque survint l'arthrite ; pour un cas (obs. IV), il y a doute ; enfin, il y a dans les deux autres observations absence de renseignements.

La permanence de la maladie cardiaque est donc la règle ; son évolution n'est pas, en général, modifiée ou arrêtée par la survenue de la maladie articulaire.

Il nous reste une autre question à examiner : à quel jour de l'évolution de la maladie du cœur peut survenir la localisation articulaire? Dans nos observations et dans les faits indiqués seu-

lement par les auteurs sans être relatés en entier, cette localisation survient :

au 2me jour, 6 fois ;
au 3me jour, 1 fois ;
au 5me jour, 2 fois ;
au 6me jour, 1 fois ;
au 7me jour, 1 fois ;
au 8me jour, 1 fois ;
au 9me jour, 1 fois ;
au 10me jour, 2 fois ;
au 12me jour, 1 fois ,
au 15me jour, 1 fois ;

Nous ne rangeons pas dans ce tableau les trois observations que nous avons relatées, dans lesquelles l'endopéricardite est survenue deux fois un an avant la lésion articulaire, et une fois quatre mois avant. Pour cinq des vingt-sept cas que nous avons pu rassembler, nous manquons d'indication.

Ce tableau ne nous permet pas de tirer des conclusions précises, mais enfin il nous montre que c'est surtout dans la première semaine que pourront se montrer les phlegmasies articulaires. Nous comptons en effet sur dix-sept cas où le moment de l'apparition du rhumatisme articulaire est noté, douze cas où cette apparition appartient au premier septenaire de l'endopéricardite, et cinq cas seulement où elle appartient au second.

Les observations dans lesquelles la lésion cardiaque a précédé d'un an ou de plusieurs mois la lésion articulaire, ne doivent pas être comptées ici, car elles rentrent dans un autre ordre d'idées : elles ont trait en effet à la *diathèse* rhumatismale qu'elles annoncent et non à l'*attaque* qu'elles commencent. Nous avons déjà signalé cette distinction à établir.

De toutes ces observations que nous avons reproduites et des faits signalés par les auteurs nous nous croyons autorisé à tirer les conclusions suivantes :

1• L'endocardite, la péricardite, l'endopéricardite peuvent

précéder la phlogose articulaire, et être pendant un temps variable les seules manifestations soit de l'attaque, soit de la diathèse rhumatismale ;

2° La péricardite d'emblée, *dans les observations que nous avons relatées et en tenant compte de l'explication que nous avons cru devoir donner de ce fait,* a été plus fréquemment observée que l'endocardite ;

3° L'apparition et l'évolution de l'endopéricardite d'emblée sont en rapport avec l'intensité de la fièvre rhumatismale, en ce sens que cette manifestation, dans la plupart des cas, est accompagnée d'une réaction fébrile intense ;

4° La préexistence de l'inflammation cardiaque n'exerce pas d'influence marquée sur l'intensité et la durée du rhumatisme articulaire aigu ;

5° La survenue du rhumatisme articulaire n'imprime aucune modification de forme et de durée à l'endopéricardite préexistante, laquelle, dans la plupart des cas, persiste même après la disparition de la maladie articulaire ;

6° Dans le plus grand nombre des cas, l'inflammation articulaire survient à une époque rapprochée de l'apparition de la localisation cardiaque, et en particulier dans le premier septenaire.

V. — *La phlébite rhumatismale,* qui a pris son rang d'une façon définitive parmi les localisations du rhumatisme aigu, devrait être étudiée ici. Mais nous n'avons trouvé aucune observation qui nous l'ait montrée préexistant à l'inflammation des jointures.

CHAPITRE II.

Localisations pleurales et pulmonaires.

La pleurésie, la pneumonie et la bronchite peuvent précéder la manifestation articulaire, et être, pendant quelque temps, la seule localisation du rhumatisme aigu.

I. Pneumonie.

De toutes les localisations du rhumatisme aigu, la localisation pulmonaire, et en particulier la pneumonie, est l'une des plus anciennement connues et indiquées par les auteurs.

Dans son traité de médecine pratique, Stoll s'exprime ainsi : « On voyait, après le commencement du mois (juin 1779), un grand nombre de fièvres rhumatismales, où la bile et l'inflammation formaient complication. L'humeur rhumatisante abandonnait les membres subitement et, au moment où on s'y attendait le moins; et elle se portait sur la poitrine, où elle occasionnait la dyspnée et l'orthopnée, avec une toux très violente, de l'oppression et des crachats quelquefois sanguinolents [1]. »

C'est là en effet le résumé de toute la symptomatologie de la pneumonie avant la découverte de l'auscultation. L'inflammation du poumon est ainsi indiquée d'une manière bien vague, et, lorsqu'on voudra tirer de ces observations des conclusions rigoureuses, on devra être sur ses gardes. C'est avec cette réserve qu'il faudra accepter cette opinion que Barthez a émise sur la fréquence de cette localisation du rhumatisme, à savoir que, de toutes les manifestations viscérales du rhumatisme, la pneumonie est la plus fréquente. Il est évident qu'il réunit dans ce cas beaucoup d'autres maladies, pleurales ou cardiaques, à

Stoll, *Médecine pratique*, t. III, p. 71.

l'inflammation du poumon, l'auscultation ne lui offrant pas le mode d'investigation nécessaire pour les séparer.

Lorsque l'auscultation eut été découverte, les travaux sur ce sujet prirent une direction plus positive et la pneumonie devint un accident plus rare. Mais pendant longtemps elle n'en fut pas moins considérée comme un simple transport de la fluxion articulaire sur le poumon. Dans son traité de la pneumonie, M. Grisolle soutient encore cette opinion ; ce n'est pas la métastase des anciens, *l'élément* morbide qui se porte d'un organe dans un autre, de toutes pièces, et le rend directement malade; c'est *l'influence* morbide qui se déplace, et va successivement atteindre les organes. « C'est, suivant son expression, une maladie qui se déplace et qui se porte d'un organe primitivement envahi sur l'un ou l'autre poumon [1]. » Et il donne, pour démontrer cette proposition, une série d'observations dans lesquelles il y a toujours succession et non marche parallèle et indépendante des phénomènes pulmonaires et articulaires.

Aujourd'hui la question s'est étendue, et l'observation journalière démontre que la pneumonie est une fréquente complication du rhumatisme articulaire aigu ; qu'elle apparaît dans son cours avec une symptomatologie spéciale qui en démontre la nature; que cette survenue ne coïncide pas, dans la plupart des cas, avec une disparition de la fluxion articulaire ; et qu'en somme elle appartient à l'affection rhumatismale, au même titre que les maladies aiguës du cœur, et que l'arthrite elle-même.

Quelle est la fréquence de cette complication du rhumatisme aigu? — Nous trouvons à cet égard dans la thèse de M. Ball des renseignements qui se rapportent d'une façon générale aux manifestations pleuro-pulmonaires. Nous allons les reproduire ici, en faisant remarquer qu'ils nous fournissent également, quant à la fréquence de la pleurésie rhumatismale, des données sur lesquelles nous n'aurons plus à revenir

1 Grisolle, *Traité de la pneumonie*, p. 174.

« Sur deux cent quarante-six cas de rhumatisme qu'il a relevés, Fuller [1] n'a pas trouvé moins de quarante-un cas d'affections pulmonaires, c'est-à-dire un sur six. Ces affections étaient distribuées comme il suit : dix-neuf pneumonies ou broncho-pneumonies, et neuf pleuro-pneumonies (en tout vingt-huit inflammations parenchymateuses), quatre pleurésies, dix-neuf bronchites.

« Latham [2] a trouvé, sur cent trente-six cas de rhumatisme articulaire aigu, vingt-quatre cas d'affections pulmonaires (un sur cinq et demi), dont dix-huit pneumonies, quatre bronchites, deux pleurésies.

« Taylor et Ormerod ont obtenu des résultats qui concordent avec les précédents. Enfin à Leipzig, Wunderlich [3] a noté douze affections pulmonaires, à savoir : sept pneumonies, dont quatre étaient doubles, et cinq pleurésies sur cent huit rhumatisants [4]. »

On voit que, de toutes les localisations pleuro-pulmonaires, la plus fréquemment observée est la pneumonie. Nous concluons de plus à l'extrême fréquence des maladies du poumon et de la fièvre dans le rhumatisme aigu ; à ce point de vue, elles se rapprochent des complications cardiaques qu'elles accompagnent du reste fort souvent. Toutes ces localisations en effet se lient et s'enchaînent, leur marche isolée est rare, et c'est, nous l'avons déjà dit, par leur union même que l'on arrive à démontrer leur nature rhumatismale.

Mais un autre moyen de démonstration vient ici s'y ajouter, et tandis qu'il est très difficile, sinon impossible, d'attribuer à la péricardite rhumatismale, par exemple, une symptomatologie spéciale, il devient beaucoup plus facile de caractériser. par l'étude et l'exposé des symptômes, la nature rhumatismale de la pneumonie.

1 Fuller, *on Rheumatism*, p. 314.
2 Latham, loc., cit., t. I, p. 159.
3 Wunderlich, *Handbuch der Pathologie*, p. 617 et 621.
4 Ball, thèse citée, p. 53.

Dans la plupart des cas la pneumonie rhumatismale débute d'une façon insidieuse ; elle est latente. D'autres fois cependant l'invasion est brusque, la dypsnée intense, les douleurs thoraciques sont vives. L'expectoration existe rarement avec les caractères des crachats pneumoniques ; dans la plupart des cas elle fait défaut ou consiste dans quelques crachats muqueux sans caractères spéciaux. C'est cette absence complète d'expectoration que nous avons observée chez un jeune malade de l'Hôtel-Dieu qui, entré pour un rhumatisme articulaire aigu, fut atteint successivement de péricardite, d'endocardite, de pleurésie gauche, de pneumonie gauche, de pleurésie et de pneumonie droite, et enfin d'un érythème généralisé, épuisant ainsi, en quelque sorte, la plupart des manifestations du rhumatisme.

Dans la grande majorité des cas, la pneumonie rhumatismale s'accuse par des râles crépitants ou sous-crépitants fugaces, que l'on entend en un point aujourd'hui et demain dans un autre, qui sont ou ne sont pas remplacés par du souffle tubaire ; ce souffle tubaire est lui-même peu intense quand il existe ; il ne persiste pas après la résolution de la poussée inflammatoire, et la respiration normale revient directement là où s'entendaient les bruits pathologiques.

Il y a erratisme de la maladie dans le poumon où les poumons, comme il y a erratisme de l'affection dans l'économie ; l'inflammation peut occuper tout un poumon ou être très limitée. Très souvent il s'y joint une inflammation pleurale.

L'appareil fébrile ne semble pas lui être propre, mais dépendra bien plutôt du rhumatisme. Il a en effet tous les caractères de la fièvre rhumatismale.

A côté de cette pneumonie vraie, vient se placer une complication du rhumatisme des plus graves, la congestion pulmonaire, laquelle peut amener la mort rapide, ainsi que nous en trouvons des exemples dans la thèse de M. Houdé [1]. Nous

1 Houdé, thèse, Paris, 1861. n° 110.

n'insisterons pas sur cette complication ; nous ferons cependant remarquer que c'est à un état congestif du poumon analogue, par sa nature sinon par ses résultats, à cette complication si grave que l'on a eu affaire au début de la maladie qui fait le sujet de l'observation XXIII.

Un œdème pulmonaire, se rattachant au rhumatisme, a été également observé. Ce sont « des congestions séro-sanguines, sortes d'œdèmes aigus du poumon, qui ont la soudaineté d'invasion des fluxions rhumatismales. » (Trousseau et Pidoux). Elles accompagnent le rhumatisme articulaire aigu, et rentrent dans ses complications viscérales. Nous n'en avons pas observé et ne les avons pas vu signaler le début du rhumatisme aigu.

La pneumonie rhumatismale apparaît dans la plupart des cas, *dans le cours* du rhumatisme articulaire. Cependant *elle peut le précéder et être pendant un temps variable la seule localisation du rhumatisme aigu.*

Ce mode d'apparition de la pneumonie rhumatismale est peu signalé. Cependant ce résultat de l'observation n'est pas nouveau. Nous le trouvons indiqué dans une thèse de Paris, soutenue en 1829 par M. le docteur Nicot. On y lit : «.... Quel-
« quefois le rhumatisme disparaîtra sous l'influence d'une
« phlegmasie développée sur un autre organe, et d'autres fois
« *son apparition sera le phénomène critique d'une autre*
« *phlegmasie et la terminera.* Un exemple de ce dernier mode
« de guérison s'est présenté dans le premier trimestre de cette
« année dans le service de M. Fouquier, à la salle Saint-
« Michel.

OBSERVATION XVIII.

Pneumonie précédant de cinq jours le rhumatisme articulaire aigu.

« Un jeune homme atteint d'une pneumonie arrivée au cinquième
« jour qui résistait opiniâtrement aux antiphlogistiques, aux émissions
« sanguines, éprouve des douleurs rhumatismales aiguës dans les

« membres inférieurs, puis dans les supérieurs : le jour même la « pneumonie disparaît [1]. »

L'auteur considère ce fait comme un fait de métastase. Quelque rare que soit l'observation d'une substitution aussi rapide, et quelque conclusion qu'on en veuille tirer, le fait n'en reste pas moins un exemple de pneumonie rhumatismale précédant la manifestation articulaire.

Herzog relate l'observation suivante :

OBSERVATION XIX [2].

Un maçon de quarante-un ans, qui souffrait depuis quatre jours des symptômes d'une infiltration pneumonique des lobes moyen et inférieur du poumon droit, fut pris, au milieu de sa fièvre, de rhumatisme articulaire aigu. Pour calmer ses douleurs on employa les narcotiques et les compresses d'eau fraîche.

L'infiltration pneumonique disparut rapidement, et en même temps les douleurs rhumatismales diminuèrent. Le dixième jour, il était à peine possible de reconnaître un produit d'inflammation dans le poumon. La convalescence fut rapide.

A l'appui de cette doctrine de la pneumonie rhumatismale d'emblée Fuller apporte une observation à laquelle son autorité donne une singulière valeur. « On trouve, dit-il [3], des cas assez nombreux où il n'existe pas de rhumatisme externe et où néanmoins tous les symptômes indiquent qu'il faut attribuer la maladie pleurale ou pulmonaire à l'irritation par le poison rhumatismal. De même que l'affection cardiaque peut se montrer d'emblée, et être le seul symptôme local, la pneumonie, la pleurésie et la bronchite peuvent précéder et être les seules manifestations de cette irritation.

Il donne à l'appui de cette opinion, l'observation suivante :

1 Nicot, thèse, Paris 1829, no 96, p. 22 et 23.

2 Herzog. *In Canstatt's Jahresbericht*, 1357, band IV, p. 133.

3 Fuller, *on Rheumatism*, p. 318.

OBSERVATION XX [1].

Pneumonie rhumatismale. — Rhumatisme articulaire aigu.

Thomas Comber, admis dans la salle Yorck, hôpital Saint-Georges, le 2 février 1856, sous les soins du docteur Fuller.

Il est atteint de pneumonie. Dès le début de sa maladie, il était littéralement baigné dans une sueur acide qui répandait l'odeur caractéristique du rhumatisme. La langue était rouge et couverte d'un enduit. Ces symptômes furent si manifestes que je l'ai interrogé sur l'existence de douleurs rhumatismales. J'ai attiré l'attention des élèves sur ces phénomènes, comme indiquant la source rhumatismale probable de son affection, et comme devant servir de guide pour le traitement.

Pendant son séjour à l'hôpital il n'a eu aucun symptôme de rhumatisme, mais dans les trois jours qui ont suivi sa sortie, il a été pris de gonflement des jointures, et fut réadmis à l'hôpital le 16 mars, dans le service du docteur Bence Jones, où on constata une attaque franche de rhumatisme aigu.

L'observation suivante est extraite de la remarquable thèse de M. Fernet.

OBSERVATION XXI [2].

Pneumonie rhumatismale précèdant de six jours la localisation articulaire.

R. Nicolas, âgé de trente-deux ans, garçon boulanger, n'ayant jamais eu d'autre maladie que quelques douleurs vagues et passagères dans les membres, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 26 novembre 1864, dans le service de M. Lorain.

Cet homme est malade depuis trois jours sans avoir suspendu son travail.

Il présente tous les signes d'une pneumonie occupant le tiers moyen du côté droit : matité légère, râles crépitants dans l'inspiration, mêlés de quelques râles sous-crépitants, pas de souffle; douleur assez vive dans le côté et toux fréquente suivie d'une expectoration visqueuse vert jaunâtre, mouvement fébrile assez marqué. — Ipéca stibié.

Le lendemain 28 novembre, le malade éprouve un soulagement

1 Fuller, *loc. cit.* p. 319. en note.

2 Fernet, *Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations*, thèse Paris, 1865, no 47, p. 69.

notable, bien que les râles persistent dans le côté droit et s'accompagnent de souffle dans le creux de l'aisselle.

Le 30 novembre, sixième jour de la maladie, le malade est pris de douleurs très vives dans les genoux; on constate un gonflement très marqué et un épanchement léger dans les synoviales; il n'y a pas de rougeur, le mouvement fébrile a augmenté.

Pendant cinq jours, les phénomènes articulaires dominent la scène; les accidents thoraciques sont notablement amendés.

Le 5 décembre, les douleurs et le gonflement des genoux disparaissent d'eux-mêmes ; les accidents thoraciques qui s'étaient assoupi reprennent de l'intensité; la toux devient plus fréquente, la douleur de côté revient plus vive, les crachats sont de nouveau colorés.

Au bout de deux jours, cette nouvelle poussée s'éteint et la convalescence s'établit. Le 10 décembre, le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri.

Dans cette observation, la pneumonie, du reste bénigne dans sa forme, cède au sixième jour la place aux inflammations articulaires; celles-ci suivent leur évolution et pendant cinq jours l'affection thoracique sommeille pour se réveiller au bout de ce temps, lorsque les phénomènes arthritiques ont disparu. Il y a ici non pas remplacement absolu d'une localisation par l'autre, mais prédominance alternative des symptômes de l'une sur les symptômes de l'autre, et finalement c'est la pneumonie qui termine la maladie après avoir été le premier acte morbide observé.

OBSERVATION XXII.

Broncho-pneumonie double. — Pleurésie gauche Rhumatisme articulaire.

(Communiquée par M. Berger, interne des hôpitaux).

La nommée Lachaud, Jeanne, âgée de trente-sept ans, repasseuse, entre à l'Hôtel-Dieu, le 11 octobre 1869, dans le service de M. Frémy, salle Ste-Marie, nº 2.

Il y a douze ans, elle eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé qui dura deux mois. Elle fut traitée à la Charité dans le service de M. Briquet. Elle paraît n'avoir eu alors aucune complication thoracique autre qu'une péricardite très intense qui dura trois semaines.

Cette malade est assez sujette aux maladies catarrhales des voies respiratoires.

Dix jours avant son entrée à l'hôpital, la malade fut prise d'un malaise général qui est bientôt suivi de frissons répétés. Puis apparaît un point de côté à gauche et une toux sèche et fatigante. La malade ne peut se coucher que sur le dos.

Huit jours après, le point de côté reparaît plus intense, il s'accompagne de transpiration, de fièvre; la toux est insupportable à cause des douleurs qu'elle développe.

A son entrée, on trouve la malade dans l'état suivant :

La fièvre est vive, 120 pulsations; la chaleur à la peau est considérable, 38° 5, surtout le soir.

La dyspnée est intense. Une douleur, très vive dans les inspirations, siége en arrière et à gauche de la poitrine. A droite il y a aussi de la douleur, mais moins vive. La langue est blanche et un peu sâle. Constipation, pas de vomissements. Absence complète de sommeil la nuit.

Le jour de son entrée, *pour la première fois*, la malade a quelques douleurs dans les bras et surtout dans quelques articulations du carpe, qui ne sont du reste nullement tuméfiées.

La percussion démontre une matité occupant les deux tiers inférieurs de la hauteur thoracique en arrière et à gauche. Elle se continue sous l'aisselle jusqu'au cœur qui est légèrement refoulé et dont la matité atteint le bord droit du sternum.

A droite, submatité au niveau de la fosse sous-épineuse.

L'auscultation fait découvrir à gauche : un souffle tubulaire intense, de l'égobronchophonie dans toute l'étendue de la matité; sur la limite en haut, on entend un peu de râle crépitant.

Diminution et presque absence des vibrations thoraciques à ce niveau. Pas de voussure.

A droite, dans le point où le son est plus clair, râles crépitants nombreux; au pourtour, râles ronflants et sibilants.

Le cœur, bien que déplacé, laisse entendre ses deux bruits parfaitement normaux.

Pas d'expectoration.

M. Frémy diagnostique une pleuro-pneumonie gauche, broncho-pneumonie à droite.

On donne à la malade pour traitement: kermès, ipéca; large vésicatoire à gauche.

Les jours suivants, malgré ce traitement, le souffle devient plus intense à gauche, tandis qu'à droite les râles crépitants deviennent plus manifestes.

Trois jours après son entrée, après l'application d'un second vésicatoire, la dyspnée diminue, le niveau de la matité descend un peu, des râles crépitants de retour s'entendent à droite.

En même temps apparaît un gonflement considérable des articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite. La douleur, très vive, parcourt, les jours suivants, toutes les articulations des deux bras, les épaules ; la fièvre redouble en même temps qu'apparaît cette complication.

Néanmoins l'état du poumon ne s'amende pas aussi vite qu'on aurait pu s'y attendre en voyant cette amélioration soudaine, coïnci-

dant avec la poussée articulaire. Cependant l'épanchement pleural a diminué; ainsi que le prouve le retour du cœur à sa position normale et l'abaissement du niveau de la matité. L'égophonie est plus pure, et les râles crépitants des deux poumons sont remplacés par de gros râles de retour qui indiquent que la broncho-pneumonie est également en voie de résolution. L'expectoration est plus facile.

Les douleurs sont très erratiques, elles varient chaque jour d'intensité et de siége; il en est de même de la plèvre et des poumons dont l'inflammation subit le 18 une aggravation assez manifeste; le râle crépitant reparaît dans les deux poumons.

Cette aggravation coïncide avec une amélioration de la phlogose articulaire; puis les jours suivants, les phénomènes thoraciques s'amendant, l'inflammation articulaire de nouveau domine la scène.

On peut dire en résumé que l'affection articulaire suit une marche à peu près inverse de la pleurésie et de la pneumonie.

Le 24 octobre 1869, jour où s'arrête l'observation, la malade est à peu près dans le même état.

Ce qui frappe surtout dans cette observation c'est cette alternative d'augmentation et de diminution dans les manifestations pulmonaire et articulaire; chacune à son tour accuse plus nettement ses caractères, et la pneumonie décroît quand l'arthrite augmente. Cependant elles marchent de compagnie, et ces alternatives ne vont pas jusqu'à la disparition complète de l'une ou de l'autre.

Quoiqu'il soit assez difficile de préciser la date, il semble que c'est au onzième jour environ de la maladie pulmonaire que les articulations se sont prises.

OBSERVATION XXIII.

Pneumonie rhumatismale précédée d'œdème généralisé. — Diarrhée — Endocardite. — Douleurs dans les articulations.

(Communiquée par M. Dugué, chef de clinique de la Faculté, et M. Quertier, élève du service.)

Le nommé Marchandise, Jules, âgé de dix-neuf ans, garçon de salle, entre le 11 mai 1869, à la Pitié, dans le service de M. Peter, salle Saint-Paul, n° 21.

Il donne les renseignements suivants sur sa famille et ses antécédents.

Il a deux frères bien portants, a perdu une sœur âgée de dix-neuf ans, morte d'une rupture du cœur (?)

Son père et sa mère sont bien portants et sans rhumatisme.

Il est vacciné, habite Paris depuis quatre ans, et jusque là n'avait jamais eu aucune maladie.

Il contracte la petite vérole au mois de décembre 1868 et est soigné à Beaujon pendant vingt-cinq jours.

Depuis cette époque, il serait entré pour une fluxion de poitrine avec crachement de sang, le 4 mars, salle Saint-Raphael, à la Pitié. Il y est resté quinze jours, on ne lui a ni pratiqué de saignée ni appliqué de ventouses, et il est sorti bien guéri.

Il aurait eu pendant quinze jours auparavant, tout en travaillant, des hémoptysies avec toux plusieurs fois par jour, sans douleur.

Etant à Vincennes, au bout de dix jours, il ressent pour la première fois des douleurs dans les cous-de-pied, dans les genoux et un peu dans les épaules. Il est placé à l'infirmerie pendant dix jours. En même temps que ses douleurs, il avait une diarrhée aqueuse qui a cessé aussi avec elles. Ensuite il est retourné à son travail, puis les cous-de-pied ont été repris de tuméfaction, douleur et rougeur. Il est entré pour cette raison, le 13 avril à Beaujon, dans le service de M. Gubler, dont il est sorti le 28. Là, les épaules, les genoux et les chevilles ont encore été pris. Pas d'autre traitement que des bains sulfureux et l'eau-de-vie camphrée. Pas de fièvre, pas de diarrhée et bon appétit, tandis qu'à sa première attaque, il avait perdu l'appétit et avait eu de la fièvre.

Le malade en sortant de Beaujon resta quelques jours sans travailler; le 2 mai, le 6 et le 9, il reprit son travail, et le 9, en se couchant, il s'aperçut qu'il était enflé des pieds à la tête, sans fièvre, après avoir bien mangé. Le lendemain il resta chez lui jusqu'à midi, se promena ensuite, et c'est en rentrant chez lui se coucher, à dix heures, après avoir bien mangé, qu'il fut pris d'étouffements violents avec insomnie (il avait bien dormi la veille).

Il fut amené à l'hôpital le 11 mai dans la journée, il n'avait eu ni point de côté, ni frisson, ni fièvre, disait-il, et nous l'avons vu le soir étouffant, la face et tout le reste du corps tuméfié, les lèvres bleuâtres, les ailes du nez agitées, les yeux brillants. Il existait de l'œdème des pieds à la tête (bouffissure généralisée), en même temps il rendait une expectoration abondante, visqueuse et sanglante. Rien du côté de la langue ou de la gorge qui puisse faire penser à une scarlatine; pas de desquammation.

Le 12 matin. Respiration 68, pouls 128. Même état de dyspnée énorme avec teinte bleuâtre de la face et même bouffissure généralisée.

Rien dans les urines ni au cœur, même expectoration, rien à la percussion du thorax, sauf peut-être un peu de matité au-dessus et au-dessous du cœur. Rien à l'auscultation, si ce n'est une respiration faible, et dans les points sus-indiqués, des soupçons de râles crépitants.

En présence de cette dyspnée disproportionnée avec l'état apparent du poumon et indiquant une hyperémie active de ces organes, M. Peter prescrit une saignée de quatre cents grammes, immédiatement suivie d'une amélioration notable et de sommeil. Une demi-heure après la saignée, le pouls était tombé à 112 et la respiration à 48.

Douze ventouses scarifiées dans l'après-midi, julep avec 30 grammes d'oxymel scillitique.

Le 12 soir, pouls 132, température aisselle 41°2. Le malade n'a rien mangé ; on entend à la base du cœur et vers l'aisselle des râles crépitants et du souffle tubaire mélangés, avec bronchophonie dans l'étendue de trois travers de doigt environ, et aussi quelques râles dans la fosse sus-épineuse gauche.

Le 13 matin. Respiration 40, pouls 88, temp. 37°8. Nuit bonne, diarrhée aqueuse, diminution de l'œdème, pas de sueurs, pas plus que les jours précédents. Le foyer de pneumonie s'est étendu vers l'aisselle avec matité, souffle tubaire très intense et fort peu de râles.

13 soir. Pouls 84, temp. 38₀4. On trouve du souffle, de la matité et des râles crépitants étendus à toute la partie antérieure gauche du thorax jusqu'à la clavicule; retour de la dyspnée. En arrière, il y a de la submatité aux deux bases, surtout à gauche, avec diminution de ce côté des vibrations thoraciques et quelques râles crépitants, surtout vers le sommet gauche, avec une respiration un peu soufflante.

(Application de douze ventouses sèches). La langue reste blanche, humide, la teinte bleuâtre reparaît aux lèvres.

14 matin. Pouls 64, temp. 37°6. On n'entend plus de souffle sous la clavicule, mais des râles crépitants et sous-crépitants. Rien au cœur, point de douleurs thoraciques spéciales.

14 soir. — Pouls 116, resp. 72, temp. 41°5. Le malade a été pris vers midi d'un frisson violent sans point de côté, mais avec redoublement de fièvre. On constate une endocardite caractérisée par un bruit de souffle au premier temps à la pointe du cœur. — Vésicatoire à la région cardiaque. Sulfate de quinine, 50 cent.

15 matin. — Pouls, 116; temp. 40. La nuit a été assez bonne. Il y a de la matité de tout le côté gauche de la poitrine en arrière sous l'aisselle et au voisinage du cœur. Sous la clavicule gauche il y a du bruit de Skoda type et enfin un peu de matité aussi en arrière à droite. On entend du souffle tubaire et de la bronchophonie sous l'aisselle et près du cœur, des râles crépitants dans les mêmes points et aussi sous la clavicule gauche où ils sont plus gros et comme sous crépitants. En arrière, à l'angle de l'omoplate, il y a un souffle léger à l'expiration et surtout du chevrotement de la voix qui est retentissante.

L'expectoration est muco-purulente, surtout muqueuse avec des matières visqueuses collantes et encore teintées de sang, la langue est humide, l'œdème a diminué, le souffle du premier temps du cœur est resté le même.

Il n'y a point de douleurs dans les jointures. — Sulfate de quinine 1 gramme.

15 mai, soir. — Temp. 41o.

16 matin. — Pouls, 92; temp., 37o 5. Le soffle au premier temps du cœur a beaucoup diminué d'intensité sous la clavicule gauche, on ne trouve plus de bruit skodique, mais de la matité; on y entend du souffle et de la bronchophonie. En arrière, on entend à peine le murmure respiratoire dans la moitié inférieure du côté

gauche, et là aussi il y a diminution des vibrations thoraciques, enfin il y a du souffle dans la fosse sus-épineuse.

A droite, à la base, il y a aussi de la matité et l'absence du murmure respiratoire.

16 soir. — Pouls, 80; resp., 35; temp., 37°5; — mêmes signes au poumon et au cœur.

17 matin. — Pouls, 70; temp., 37°8; — la respiration s'entend en arrière jusqu'au tiers inférieur, on trouve quelques râles sous crépitants sous l'aisselle, et encore du souffle en avant sous la clavicule.

17 soir. — Pouls, 74; temp. 37o8; — En auscultant le cœur, on entend à la pointe un bruit de roulement qui accompagne et suit un peu le premier temps. — Encore quelques râles crépitants dans la partie du poumon qui recouvre le cœur au niveau de sa base, comme aussi même souffle tubaire et bronchophonie sous la clavicule où un vésicatoire a été placé. — En arrière, dans la fosse sus-épineuse gauche, souffle et bronchophonie s'accompagnant de râles crépitants; — à la base des deux côtés, la respiration est un peu faible et l'on ne perçoit pas de râles.— L'expectoration est moins visqueuse, moins sanglante, plus mousseuse et légèrement verdâtre. — Diarrhée persistante, dix selles; pas de fièvre — appétit — 20 grammes de bismuth depuis hier.

18 matin. — Pouls, 116; temp., 40°9; — même état local en avant sous la clavicule et en arrière. Cependant le malade a eu plusieurs frissons cette nuit; il a de la fièvre, une soif vive et sa langue est sèche. — Le bruit de souffle au cœur est plus prononcé qu'hier soir. Les crachats sont redevenus visqueux et légèrement teintés; le malade a de l'aphonie. — Trait., 1 gr. 50 sulfate de quinine, sinapismes, 20 gr. de bismuth.

18 soir. — Pouls, 108; temp., 40°6; — Même état, la voix toutefois est revenue et le souffle est très diminué sous la clavicule.

19 matin. — Pouls, 72; temp., 36°4. En arrière, à gauche, il y a toujours au quart inférieur absence de murmure respiratoire et matité, partout ailleurs, la respiration s'entend et elle est soufflante dans la fosse sus-épineuse; la voix y est retentissante sous l'aisselle, il y a aussi du souffle et des râles crépitants, mais sous la clavicule le souffle a disparu, et on n'y entend plus que des râles crépitants de retour, les crachats sont visqueux, la diarrhée a diminué, l'état du cœur est resté le même; quelques douleurs vagues dans les articulations tibio-tarsiennes et les genoux.—Trait. sulfate de quinine, 1 gr. 50; bouillons, potages.

19 soir. — Même état, a mangé un peu; pouls, 76; temp., 37°4.

20 matin. — Pouls, 64; temp., 37°5; — même état, sauf que les douleurs ont disparu; langue humide, pas de sueurs.

Bouillons, potages, sulfate de quinine, 1 gramme.

20 soir. — Pouls, 64; temp., 37o6.

21 matin. — Pouls, 56; temp., 37°4; — aujourd'hui on ne trouve plus que de la respiration soufflante accompagnée de quelques râles crépitants et sous-crépitants surtout, le murmure res-

piratoire reparaît, quoique sourd encore, aux deux bases.— Trait., teint. d'iode au sommet du thorax, œuf à la coque.

Les jours suivants l'amélioration continue.

Le 29 matin. — Il se plaint d'un point de côté à gauche, sans qu'on trouve de récidive du côté du poumon, il a eu des coliques pendant la nuit, et cinq selles. Son pouls est à 76, sa température, à 37°7.

Le soir. — Le pouls est à 88, la temp., à 39°3; sa diarrhée s'est arrêtée, et son point de côté a disparu.

30 matin. — Pouls, 74; température, 37°5; soir, pouls, 80; temp., 38°.

31 soir. — Pouls, 92; temp. 38°6.

Juin, 1er juin, matin. — Pouls, 76; temp., 37°8; le malade se plaint ce matin de douleurs subaiguës, dans les pieds et dans les mains.

Soir. — Pouls, 84; temp., 38°1.

2 soir. — Pouls, 88; temp., 38°2.

4 matin. — Temp., 37°3; — les douleurs persistent et sont plus aiguës dans les mains; on les envelopppe dans la ouate arrosée de laudanum.

5 soir. — Pouls, 88; temp., 38°2.

6 matin. — Pouls, 84; temp., 37°7; bains de vapeur.

9 juin, matin. — Pouls, 96; temp., 37°5; douleur à la base du thorax et palpitations; prolongement du premier temps du cœur à la pointe et à la base; d'ailleurs les douleurs des jointures ont disparu.

Julep teint. colchique, 6 gouttes; — un granule de digitaline; — quatre perles d'ether.

9 soir. — Pouls, 92; temp., 37°5.

10 soir. — Pouls, 96; temp., 37°5.

11 soir. — Vésicatoire à la région cardiaque; le malade se remet peu à peu, mais demeure anémique et a quelques étourdissements; il sort pour Vincennes le 6 juillet, conservant de son endocardite un léger bruit de souffle à la pointe et à la base, et de ses accidents thoraciques un magnifique frottement au quart inférieur du poumon gauche en arrière.

Cette observation, recueillie à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Péter, a été pour lui l'occasion de trois leçons dont il a bien voulu nous communiquer la rédaction.

Dans une première leçon il s'est surtout appesanti sur la bonne influence de la saignée pratiquée sans hésitation dès le début de la maladie. Cette pneumonie, en effet, a débuté par une congestion du poumon, de la nature de celles que nous avons précédemment indiquées, et qui, ainsi que l'ont démontré les faits de MM. Castelnau, Aran et Houdé [1], peuvent, dans un

1 Castelnau, *Arch. gén. de méd.*, p. 304, 1843.— Aran. *Gaz. des hop.* 1860. — Houdé, thèse, Paris 1861, no 110.

si bref délai amener la mort du malade. L'auscultation ne fournissait aucun renseignement. L'amélioration après la saignée fut rapide, et l'organe de l'hématose put de nouveau accomplir librement sa fonction. Le soir même, la congestion fait place à la pneumonie et l'on entend dans le poumon gauche, des râles crépitants et du souffle tubaire.

Le lendemain survient une pleurésie double, le surlendemain une endocardite, et puis une diarrhée séreuse que rien ne peut enrayer. Cet état persiste, tout en s'améliorant ; et enfin le 1er juin, vingt jours après le début de la maladie, surviennent les douleurs articulaires qui confirment par leur développement la nature rhumatismale de l'affection et ajoutent leur valeur diagnostique à cet ensemble déjà si nettement caractérisé. Notons que dans les antécédents du malade il y avait déjà un fait analogue, car, traité peu de temps auparavant dans le service de M. Bernutz pour une pneumonie, il avait été pris à Vincennes, pendant sa convalescence, d'un rhumatisme articulaire aigu.

Dans une seconde leçon, M. Péter a beaucoup insisté sur la diarrhée qui survint dans le cours de l'affection rhumatismale chez ce malade. Cette diarrhée, coïncidant avec l'absence complète de sueur, fait bien rare chez les rhumatisants, est consisidérée par M. Péter, comme de véritables sueurs de l'intestin. Poussant plus loin encore l'exposé de ces analogies, il regarde l'œdême des extrémités inférieures, que ce malade présentait à son entrée, comme de la sueur du tissu cellulaire; le rhumatisant, dit-il, peut suer par le tissu cellulaire et l'intestin aussi bien que par la peau. Les preuves sur lesquelles il insiste sont, dans ce cas, la disparition de l'œdème quand s'est montrée la diarrhée, et, dans un autre cas qu'il lui a été donné d'observer, la disparition d'un œdème semblable quand furent survenues d'abondantes sueurs.

Dans l'observation que nous donnons plus loin nous avons constaté un œdème très manifeste limité à la face ; cependant la malade avait des sueurs rhumatismales profuses, et l'œdème persista pendant une longue durée de la maladie.

Quoique nous nous soyons un peu écartés de la question qui nous occupe, nous avons cru devoir nous arrêter un moment à ces considérations si intéressantes et au point de vue de l'observation elle même et au point de vue des conclusions générales qu'on en peut tirer : ces faits-là sont, en effet, une preuve de plus de la diversité infinie de forme que peut prendre une seule des manifestations rhumatismales, la sueur. Cette diversité se retrouve dans la plupart des autres manifestations, nous aurons encore à la constater à propos de la pleurésie.

De tous ces faits résulte cette conclusion :

La pneumonie peut précéder la localisation articulaire dans le rhumatisme aigu, et être pendant un certain temps la seule manifestation de l'affection rhumatismale.

II. Pleurésie.

La pleurésie rhumatismale est encore une des manifestations viscérales du rhumatisme les plus anciennement connues. Stoll [1] en trace dans sa *Médecine pratique* un tableau des plus remarquables; la plupart des signes qu'il indique comme pouvant la faire distinguer de la pleurésie franche inflammatoire sont très exactement décrits et observés, et l'on a peu ajouté, depuis lui, à la symptomatologie spéciale de cette pleurésie secondaire. Nous allons rappeler, d'après cet auteur, les principaux caractères de l'inflammation rhumatismale de la plèvre.

Ce sont d'abord des douleurs articulaires qui, dans la plupart des cas, la précèdent et l'accompagnent ;

Son début latent en quelque sorte, sans frisson initial ;

L'apparition subite de la douleur thoracique, avec ce caractère, très manifeste chez la malade qui fait le sujet de notre vingt-cinquième observation, d'être répandue dans tout un côté

1 Stoll, *Médecine pratique*, t. I, p. 61 et suivantes.

de la poitrine et non limitée en un point très circonscrit de la régîon mammaire ;

Cette douleur est erratique, elle change de place. La douleur de la pleurésie inflammatoire est fixe ; la douleur s'exagère à la pression dans la pleurésie rhumatismale ;

Les malades se couchent assez facilement sur le côté sain ;

La dyspnée est peu intense ;

La langue est humide, elle est sèche dans la pleurésie franche;

La peau est couverte de sueur, elle est sèche dans la pleurésie franche ;

La pleurésie rhumatismale s'accompagne de crachats muqueux, visqueux, striés de sang [1].

Tels sont les caractères généraux que Stoll a assignés à la pleurésie rhumatismale. On peut y ajouter ceux-ci : elle s'accompagne ordinairement d'un épanchement très abondant, lequel se résorbe avec autant de rapidité qu'il se produit. Cette rapidité de la résolution et l'abondance de l'épanchement constitueraient d'après certains auteurs, les signes différentiels les plus importants de la pleurésie rhumatismale.

Malheureusement il s'en faut de beaucoup que les choses soient toujours aussi simples, et la clinique a souvent à observer des exceptions à ces prétendues règles. C'est le caractère dominant des affections rhumatismales de se diversifier à l'infini : la pleurésie en offre une nouvelle démonstration.

On enseigne, par exemple, que l'épanchement pleurétique se résorbe vite : or nous donnons plus loin deux observations de pleurésle rhumatismale d'emblée ; notre vingt-troisième observation en rapporte également un fait. Eh bien, dans ces trois cas, l'épanchement a mis à se résorber une lenteur extrême.

C'est sur des faits de ce genre que, dans les leçons dont nous avons parlé, a insisté M. Péter. La rapidité de formation , la rapidité de résorption ne sont pas des règles absolues ; à tel

1 Il est probable que dans ce cas, Stoll avait affaire à des pneumonies rhumatismales ou à des pleuro-pneumonies.

point que dans un cas de pleurésie rhumatismale qu'il rapporte il fut obligé de ponctionner la poitrine pour la vider d'un épanchement interminable. Dans l'observation XXIV, empruntée à M. Bouillaud, nous voyons la pleurésie prendre une marche chronique et se terminer par l'organisation des fausses membranes et le retrait de la poitrine.

La pleurésie rhumatismale a donc certains signes propres, mais il s'en faut qu'ils soient absolus et qu'on les retrouve dans tous les cas.

Ce qui la fera reconnaître mieux que l'observation des symptômes eux-mêmes, ce sera son union avec d'autres lésions des séreuses, une péricardite par exemple, comme dans l'observation XXV; ou bien mieux encore l'apparition, à son début ou dans son cours, d'un rhumatisme articulaire. Ce seront là les deux signes diagnostiques qui auront le plus de valeur.

Nous avons déjà parlé de la fréquence de cette localisation rhumatismale en parlant de la pneumonie : nous n'y reviendrons pas ici.

Quant à son temps d'apparition dans l'affection rhumatismale, on peut dire que dans la plupart des cas elle accompagne l'inflammation des jointures et lui est postérieure. Mais cette règle souffre des exceptions, et l'observation démontre la proposition suivante :

La pleurésie peut précéder la localisation articulaire et être pendant quelque temps la seule manifestation du rhumatisme aigu.

Nous n'avons pu recueillir que deux observations de *pleurésie rhumatismale d'emblée.* L'une nous est personnelle, et l'autre est empruntée à M. Bouillaud.

Cependant, dans une discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux, le 12 février 1851, sur la nature du rhumatisme. M. Marrotte rapporta à la Société une observation analogue. « Il y a, dit-il, des faits qui prouvent que le rhuma-
» tisme peut se produire *à la suite* de l'inflammation des mem-

» branes séreuses. J'en ai observé un cas chez un malade qui » fut affecté successivement de pleurésie, de péritonite, de » péricardite, *et enfin* de rhumatisme articulaire[1]. » Plus loin, il insiste sur la marche particulière de ces diverses manifestations viscérales qui firent que l'apparition de l'arthrite n'était plus nécessaire, quand elle se produisit, pour que l'on fût fixé sur leur nature rhumatismale.

OBSERVATION XXIV[2].

Pleurésie gauche. — Rhumatisme articulaire.

Salle des hommes, nº 9, Champraux, âgé de vingt-un ans, coiffeur, rue du Contrat-Social, nº 7, malade depuis quinze jours et surtout depuis cinq; entré le 25 avril 1838, sorti le 14 mai suivant.

D'une constitution de force moyenne, d'un tempérament lymphatico-nerveux; d'une santé habituellement bonne.

Il y a quinze jours, fluxion de la joue droite avec mal de gorge; ce qui se dissipa sans traitement dans l'espace de huit jours.

Il y a cinq jours, douleurs pongitives vers l'attache du diaphragme à gauche en avant; toux augmentant la douleur, sèche; décubitus impossible sur le côté douloureux.

Le malade a cependant continué ses occupations et n'a fait aucun traitement.

État au moment de l'entrée : visage coloré, pouls à 88, développé, résistant, chaleur un peu au-dessus de l'état normal; persistance de la douleur du côté gauche avec *léger bruit de frottement pleural*, surtout en dehors du sein, résonnance bonne des deux côtés, mais la percussion augmente la douleur; respiration bonne: bruits du cœur sans lésion notable; langue humide, ventre souple et indolent.

Le malade attribue sa maladie au froid et à la fatigue (il dit avoir veillé pendant neuf nuits un de ses camarades).

26. — La douleur occupe ce matin la région précordiale *et la partie inférieure des jambes;* pouls à 92, fort, plein et dur; pas de matité anormale dans la région précordiale; bruits du cœur forts, éclatants; impulsion du cœur très forte avec tintement auriculo-métallique.

Un très léger froissement accompagne le murmure vésiculaire en dehors de la région précordiale où la douleur se propage; respiration généralement bonne, un peu faible à la partie inférieure du côté gauche; toux suivie de quelques crachats séreux peu abondants.

27. — Cessation de la douleur des jambes; persistance de la douleur du côté gauche et *douleurs à l'épaule du même côté....* souffle bron-

1 *Comptes-rendus de la Société médicale des hôpitaux* 12 février 1851.

2 Bouillaud. *Traité du rhumatisme*, p. 459.

chique à gauche avec retentissement de la voix qui devient égophonique en remontant vers l'angle inférieur de l'omoplate, où le souffle se fait entendre jusqu'à la hauteur de l'épine de cet os.

La pleurésie eut son cours, le rhumatisme articulaire borna son évolution à l'épaule envahie, et le malade sortit le 10 mai guéri, mais présentant un retrait manifeste du côté gauche de la poitrine.

De cette observation ressort ce fait : c'est que cinq jours avant son entrée et le jour même de son entrée, ce malade présenta les signes fonctionnels et physiques d'une inflammation pleurale sans manifestation articulaire du rhumatisme. Le septième jour seulement survinrent quelques douleurs, très fugitives, dans les jambes. Ces douleurs ont disparu complètement le lendemain, et les signes de la pleurésie avec épanchement sont devenus manifestes. Nous sommes au huitième jour du début probable de la pleurésie, et c'est seulement alors que l'affection rhumatismale se montre évidente en se fixant sur l'articulation de l'épaule gauche. Il ressort de la suite de l'observation que nous n'avons pas cru devoir reproduire, que la pleurésie ne fut nullement modifiée dans sa marche par l'apparition de la douleur arthritique, car elle se termina, comme les épanchements à évolution lente de la poitrine, par l'organisation de fausses membranes et le retrait des parois pectorales correspondant à l'épanchement.

OBSERVATION XXV.

Pleurésie gauche. Péricardite. Rhumatisme articulaire. Phlébite.

La nommée Ollier, Jeanne, âgée de trente-trois ans, dévideuse de laine, entre le 12 septembre 1869 à l'hôpital de la Pitié, et est couchée au n° 28 de la salle Sainte-Claire.

Cette malade dit jouir d'une bonne santé habituelle ; elle est accouchée le 3 août. Depuis lors elle tousse un peu. Une leucorrhée abondante est le seul signe de chlorose que nous lui ayons trouvé.

La misère qu'elle a subie dans ces derniers temps est venue débiliter encore un tempérament lymphatique très nettement accusé.

Elle dit n'avoir jamais eu de rhumatisme; cependant son père serait rhumatisant et à plusieurs reprises aurait souffert d'attaques aiguës de rhumatisme articulaire.

Début. Il y a quinze jours, elle fut prise de fièvre, d'inappétence; courbature générale, mais aucune douleur musculaire ou articulaire.

Huit jours après, elle prend le lit, car il est survenu dans le côté gauche un point de côté violent; la fièvre s'est exagérée, des sueurs profuses la fatiguent beaucoup; en même temps la toux augmente. A cette même date se rattache l'apparition de battements de cœur violents et persistants. Survient, quelques jours plus tard, de la surdité qui rend, à son entrée, l'interrogatoire difficile. A aucun moment elle n'a eu mal à la gorge.

Le 10 septembre on lui a appliqué un vésicatoire au côté gauche de la poitrine.

Etat à l'entrée. Pâleur et décoloration des tissus; sueurs profuses sans odeur bien accusée; pouls à 100, fort, vibrant, régulier.

L'appétit est conservé; diarrhée.

La malade accuse une douleur d'ailleurs fort vive occupant toute la partie externe du côté gauche de la poitrine. La dyspnée est grande; la malade ne peut se tenir couchée sur le côté droit. La voix est courte, un peu cassée.

Percussion : Matité occupant tout le côté gauche de la poitrine jusqu'au sommet; elle est complète et s'étend en avant jusqu'au niveau de la clavicule.

Absence complète des vibrations thoraciques à gauche; effacement marqué des espaces intercostaux.

Auscultation : Souffle tubaire occupant en arrière toute la hauteur du poumon, plus intense au sommet et surtout en avant, sous la clavicule. Egophonie dans toute la hauteur du poumon, surtout dans la moitié supérieure. Aucun mélange de râles.

Le poumon droit ne présente rien d'anormal; la respiration y est seulement un peu rude, puérile.

Cœur : La matité ne peut être nettement limitée; mais l'impulsion est vive. Il semble qu'il soit un peu dévié, car le maximum des bruits de la pointe siége au niveau du bord gauche du sternum. On ne voit pas nettement battre la pointe.

Les claquements valvulaires sont un peu sourds à la base. A la pointe frottement péricardique assez marqué, inégal, manquant pendant un certain nombre de contractions. Aucun souffle qui puisse faire croire à une endocardite.

Souffle vasculaire au cou coïncidant avec la systole ventriculaire.

Rien du côté de l'abdomen ni du côté des jointures; pas d'autre lésion appréciable ailleurs.

— Nous avions donc affaire à une pleurésie avec épanchement, n'ayant pas eu un début brusque comme les épanchements aigus de la poitrine. Ici, huit jours de fièvre et d'inappétence avaient précédé l'apparition du point de côté et l'augmentation concomitante de la toux et de la dyspnée. La malade ne se rappelle pas avoir été exposée au froid.

En même temps étaient survenus des troubles cardiaques, mais l'observation fait défaut sur leur nature réelle. Etait-ce le début de la péricardite que nous constatons aujourd'hui? était-ce seulement

quelques palpitations attribuables à la fièvre? C'est ce qu'on ne peut déterminer.

La quantité du liquide épanché dans la plèvre, le déplacement du cœur, l'oppression extrême et l'état d'anémie de la malade semblaient indiquer la thoracentèse. Mais la contradiction était dans l'état du péricarde. N'allons-nous pas avoir affaire à une poussée rhumatismale vers les séreuses, et dès lors la thoracentèse, quoique pouvant amener un soulagement immédiat, n'aurait-elle pas été promptement suivie, à cette époque de la maladie, de récidive? On s'abstint.

— Le traitement consista en : chiendent nitré; julep avec feuilles de digitale, 0,05 ; vésicatoire sur la région du cœur; le vésicatoire, appliqué il y a deux jours sur la partie postérieure du dos, n'est pas séché. — Une portion.

14. — L'épanchement semble avoir augmenté dans la plèvre; le souffle tubaire ne s'entend plus que dans le tiers supérieur de la poitrine; en bas, la respiration s'entend encore, mais très éloignée.

Un épanchement s'est fait depuis hier dans le péricarde. Disparition des frottements et éloignement des bruits du cœur qui sont devenus très sourds. L'impulsion à la main est moins vive.

Même état de la dyspnée. 120 pulsations; sueurs.

15. Même état général et local. Aucune modification dans l'épanchement pleural et péricardique. La douleur du côté a disparu. — Vésicatoire en arrière du poumon gauche.

16. La malade dit avoir été prise avant la nuit d'une douleur au poignet gauche. On constate, en effet, un gonflement considérable de cette articulation ; les mouvements y sont très douloureux.

— Nous voyons donc aujourd'hui une nouvelle localisation rhumatismale, l'arthrite, survenant dix-neuf jours seulement après le début de la maladie, douze jours après le début probable de la localisation pleurale. Dès lors la nature rhumatismale de l'affection, qui était soupçonnée est absolument démontrée.

— En même temps, on constate une notable amélioration dans l'état du péricarde. Les battements sont beaucoup plus superficiels, quoique très voilés encore.

La fièvre n'a pas subi de modifications.

Même état de la fièvre. 120 pulsations.— Traitement : sulfate de quinine, 75 centig. en trois fois.

A la visite du soir, l'inflammation rhumatismale a envahi le coude gauche.

17. La poussée vers les articulations s'est étendue au poignet droit. Moins de gonflement qu'à gauche.

Etat stationnaire de la pleurésie et de la péricardite. Dypsnée toujours très intense. Sueurs. — Sulfate de quinine, 1 gr.

18. L'arthrite occupe toujours les mêmes articulations; le gonflement est limité au poignet gauche. Le souffle tubaire descend plus bas; il semble qu'il se soit fait une légère résorption du liquide pleural.

19. Douleurs dans la continuité des membres inférieurs; la pression des cuisses est douloureuse.

Bruits du cœur et fièvre sans modification.

Fièvre très intense. 120 pulsations.

20. La malade se plaint d'une douleur très vive dans le cou; les mouvements de rotation et de flexion de la tête sont douloureux (rhumatisme des articulations des vertèbres cervicales). La douleur a disparu sous le poignet droit: elle persiste dans le poignet, le coude gauches et les masses crurales.

Souffle tubaire toujours très intense dans toute la hauteur du poumon.

Cœur : Bruits un peu sourds, pas de souffle appréciable. La fièvre est tombée ; 98 puls.

21. On entend à la base du poumon droit quelques frottements. Le souffle tubaire persiste à gauche. Beaucoup moins d'oppression; éloignement des bruits du cœur, pas de souffle des orifices.

Douleurs au cou, dans les masses crurales; gonflement persistant du poignet gauche, peu douloureux ; aucune douleur à droite.

22. Amélioration persistante. Fièvre et dyspnée moindre. L'appétit reparaît.

Même état du poumon et du cœur.

Bouffissure de la face surtout du côté gauche. Sueurs abondantes : Rien dans les urines.

23. Un phénomène nouveau semble s'être surajouté. Le gonflement, qui était limité au poignet droit dont les mouvements étaient devenus peu douloureux, s'est étendu. Tout le bras gauche est notablement augmenté de volume. En même temps une douleur très vive est excitée par la pression du pouce le long du trajet de la basilique ; sur ce trajet on sent un cordon dur qui roule sous le doigt. Aucune douleur dans le membre, excepté sous l'influence de cette exploration.

Nous avons affaire à une phlébite rhumatismale; elle est survenue sans amener aucune modification dans l'état général. La fièvre n'a pas augmenté; il n'y a pas eu de frisson. La malade n'a pas conscience de cette nouvelle manifestation, elle ne se plaint pas, elle a un peu d'appétit.

L'épanchement pleural est toujours accusé par un souffle tubaire persistant. Cependant la dypsnée est un peu moindre. Sueurs nocturnes.

2 octobre.— Vésicatoire sur la paroi thoracique gauche.

3.— Frottement péricardique rugueux a la pointe; bruits cardiaques encore éloignés. Le gonflement du bras a diminué, mais le cordon veineux et la douleur sur son trajet persistent; 90 pulsations.

Vésicatoire à la région cardiaque.

5.— Bruits péricardiques manifestes ; mais le vésicatoire a amené une diminution de l'épanchement.

Le murmure respiratoire reparaît à la partie supérieure du poumon gauche. A ce niveau, frottements pleuraux humides. Pouls : 110.

Visite du soir.— Diarrhée très abondante. L'ouïe est moins dure qu'au début. Pour la première fois depuis son entrée, la malade a entendu la cloche de l'horloge placée dans la salle.

6. L'épanchement pleural diminue rapidement; le sommet est libre.

Le cordon veineux est moins dur. Douleurs provoquées par la palpation.

7. — Matité remontant encore jusqu'à la partie moyenne du côté gauche.

Respiration tubaire, peu marquée du reste, au-dessus du niveau de la matité; frottements pleuraux, *gargouillants*, humides.

Moins de diarrhée. Quelques nausées ; on supprime la digitale.

L'œdème du bras a beaucoup diminué.

8. — Même état général. Le frottement péricardique s'entend dans une moindre étendue.

Epanchement pleural stationnaire.

9. — Engourdissement de la main droite dans le territoire du nerf cubital. Le 5 octobre on avait déjà constaté une diminution de la douleur au pincement, au bord interne de la main.

10. — Douleur névralgique intercostale à droite.

11. — L'engourdissement de la main a cessé.

Matité persistante à gauche. Plus d'égophonie ; un peu de bourdonnement de la voix.

Soir. Souffle cardiaque très net à la base. Frottements péricardiques très affaiblis ; frottements pleuraux plus secs ; respiration lointaine.

La diarrhée a cessé.

Nous plaçons ici un petit tableau qui indiquera la marche décroissante de la phlébite pendant ces derniers jours.

	Le 3.	Le 7.	Le 10.
Partie moyenne du bras gauche. . .	19 centim.	18 1/2.	17.
Coude.	23 —	22	20 1/2.
Avant-bras.	21 —	18	18.

12. — Le souffle tubaire a complètement disparu; frottements dans toute la hauteur.

Pression du bras moins douloureuse.

Le pouls, depuis quatre ou cinq jours, est régulier et oscille entre 100 et 110.

13. — Souffle très-net à la base du cœur. Très peu de frottement du péricarde. Frottements pleuraux persistants.

16. — L'œdème du bras a complètement disparu. Quelques frottements humides dans la plèvre.

Le 17 octobre, la malade demande à sortir et quitte l'hôpital malgré les observations qui lui sont faites.

Elle conservait à cette époque quelques frottements pleurétiques, le péricarde offrait à peine un frottement très doux ; à la base du cœur, le souffle persistait, assez rude, sans prolongation dans les vaisseaux du cou.

Un cordon assez dur se sentait encore le long du trajet de la basilique, au bord interne du biceps. Aucune douleur articulaire, aucun œdème ni de la face, ni du bras; teinte anémique très-prononcée.

De ces observations on peut tirer la conclusion suivante :

La pleurésie peut précéder la localisation articulaire, et pendant quelque temps être la seule manifestation du rhumatisme aigu.

III. Bronchite.

Si l'on se reporte au tableau que nous avons donné, d'après M. Ball, de la fréquence relative des diverses affections rhumatismales du poumon et de la plèvre, on voit que la bronchite y occupe une place assez large.

La bronchite catharrale rhumastimale a, en effet, été observée; elle affecterait dans un certain nombre de cas la forme spasmodique,

Nous n'avons pas trouvé d'observation de bronchite rhumatismale d'emblée. Cependant nous devons à M. Marrotte de pouvoir relater le fait suivant :

OBSERVATION XXVI.

Bronchite rhumatismale. — Rhumatisme articulaire au huitième jour.

(Communication orale de M. Marrotte.)

Un homme de cinquante ans entre dans mon service avec des phénomènes de bronchite peu intense. Au bout de huit jours survient un rhumatisme articulaire aigu, la bronchite cesse immédiatement.

La nature rhumatismale de cette bronchite a semblé à Marrotte suffisamment démontrée par le fait de cette disparition subite sous l'influence de la poussée articulaire.

IV. Angine, coryza, etc.

Il nous reste à dire un mot de quelques autres manifestations rhumatismales de l'appareil respiratoire qui ont leur place marquée à la fin de ce chapitre : nous voulons parler de l'angine, du coryza (Stoll) et du *rhumatisme laryngo-trachéal* (Chomel).

Mais ces localisations nous semblent bien plutôt devoir être considérées comme des symptômes de la période prodromique

du rhumatisme aigu que comme des manifestations appartenant au rhumatisme au même titre que l'arthrite ou la péricardite. Leur temps d'apparition est en effet absolument fixe :

Ils se montrent toujours au milieu des symptômes de la fièvre rhumatismale parmi lesquels ils passent inaperçus dans la plupart des cas. « L'angine, dit M. le professeur Lasègue [1], appartient, toutes les fois qu'elle se montre, à la période prodromique ou mieux à la période d'incubation, et c'est elle qui constitue la première manifestation, le plus souvent négligée ou méconnue. » Quant à la nature de cette angine, M. Lasègue établit un rapprochement entre elle et l'érythème cutané rhumatismal.

Il nous semble cependant qu'il manque à cette fluxion vers la muqueuse pharyngienne un caractère essentiel des localisations du rhumatisme, *la mobilité dans le temps;* elle est fixe, quant à l'époque de son apparition, et peut-être cette fixité suffit-elle pour permettre de rattacher à l'influence directe du froid que l'on trouve si souvent au début du rhumatisme, la production de cette angine, sans la mettre directement sous la dépendance de la fièvre rhumatismale. Elle peut secondairement prendre un autre caractère des manifestations rhumatismales, *la mobilité dans le lieu,* mais il nous semble insuffisant pour tirer des conclusions absolues sur sa nature. Ce serait en effet, de toutes les localisations du rhumatisme aigu, la seule qui aurait un temps d'apparition déterminé et absolu.

Nous croyons pouvoir dire la même chose du coryza et du rhumatisme laryngo-trachéal qui, comme l'angine, appartiennent toujours, suivant l'expression de M. Lasègue, *à la période d'incubation* du rhumatisme aigu.

[1] Lasègue, *Traité des angines*, p. 183.

CHAPITRE III.

Localisations péritonéales

La péritonite, partielle ou généralisée, peut précéder la localisation articulaire et être pendant quelque temps la seule manifestation du rhumatisme aigu.

I. Péritonite généralisée.

L'inflammation du péritoine sous l'influence du rhumatisme est une maladie rare et bien difficile à différencier de certains troubles intestinaux que l'on peut rattacher à l'influence rhumatique. Au point de vue de la physiologie pathologique, elle se rapproche, suivant les idées de M Bouillaud, de l'inflammation des autres grandes séreuses, le péricarde, la plèvre et l'arachnoïde.

Malgré ce rapprochement, on est bien obligé de constater la rareté de cette manifestation rhumatismale, mal connue du reste dans sa symptomatologie. On lui a donné pour signes des douleurs de ventre, des coliques, de la constipation et surtout la terminaison brusque de tous ces phénomènes (Monneret). On trouvera dans l'observation XXVII, un exposé complet de l'appareil symptomatologique de la maladie.

La péritonite survient, dans un certain nombre de cas, isolément, en dehors de toute autre manifestation du rhumatisme, chez des individus prédisposés aux accidents rhumatismaux, ou qui ont eu des attaques antérieures de cette affection.

Elle peut survenir dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.

Elle peut enfin précéder la localisation articulaire et pendant un certain temps être la seule manifestation du rhumatisme aigu.

A l'appui de cette dernière proposition, nous empruntons

l'observation suivante à un mémoire de M. Chauffard lu à la Société médicale des hôpitaux et inséré dans les *Archives générales de médecine.*

OBSERVATION XXVII[1].

Péritonite rhumatismale et hyperhémie du foie. — Rhumatisme articulaire aigu.

Après trois ou quatre jours de maladie caractérisée par des vomissements bilieux suivis d'une abondante diarrhée, un jeune homme de dix-sept ans, de constitution médiocre, entre un dimanche d'octobre 1861 à l'hôpital de la Pitié où nous étions de service par intérim. Lundi matin, le facies du malade est profondément altéré, pâle, exprime les souffrances abdominales ; la peau est chaude ; le pouls, faible et précipité, bat à 120 pulsations, la parole coûte des efforts, le malade répond très brièvement, ou se tait pour ne pas réveiller de pénibles douleurs dans le flanc droit ; la diarrhée persiste ; la palpation du ventre est douloureuse, surtout au niveau et au-dessous des fausses côtes du côté droit ; le foie, notablement augmenté de volume, dépasse de deux larges travers de doigts le bord inférieur des côtes ; rien de notable vers les organes de la respiration.

Quinze sangsues sont placées sur la région douloureuse de l'abdomen ; les piqûres en fluent abondamment.

Cette médication anti-phlogistique amène dès le lendemain une amélioration manifeste ; la douleur est presqu'éteinte, le volume du foie a déjà baissé, la diarrhée a beaucoup diminué ; néanmoins, fait essentiel à noter, la fièvre persiste entière. (Médecine expectante).

Le lendemain mercredi, nous nous trouvons en face d'un autre ordre de phénomènes : le jeune malade se plaint de douleurs survenues durant la nuit dans les deux genoux, particulièrement dans le genou droit ; nous les trouvons tuméfiés, douloureux, avec rougeur extérieure diffuse, épanchement léger dans la synoviale ; la fièvre est plus intense ; à l'auscultation bruit de souffle rude au premier temps des bruits du cœur ; la diarrhée a entièrement cessé, les douleurs abdominales ont absolument disparu.

Le jeudi, les mêmes phénomènes persistent ; en plus le rhumatisme a envahi les deux articulations tibio-tarsiennes. (La poudre de Dower, prescrite dès la veille, est continuée à dose plus élevée). Des sueurs profuses se déclarent et provoquent une éruption abondante de *sudamina* ; les urines, rares jusqu'ici, coulent copieuses ; sous cette influence, le pouls se calme, la chaleur fébrile s'éteint, et malgré une nouvelle

1 Chauffard, *Études cliniques sur la constitution médicale de 1862*, Archives générales de médecine, 1863, t. I, p. 660.

manifestation rhumatismale vers les membres supérieurs, une franche convalescence s'établit au bout de peu de jours.

M. Chauffard fait suivre cette observation de réflexions dans lesquelles il dit avoir rencontré des faits analogues, mais peu d'aussi manifestes.

Cette observation démontre qu'un ensemble symptomatologique comparable à celui de la péritonite aiguë peut commencer l'attaque de rhumatisme articulaire ; les accidents arthritiques ne sont survenus dans ce cas qu'au sixième jour de la maladie.

II. Péritonite partielle. — Pelvi-péritonite.

Dans le mémoire auquel nous avons emprunté l'observation de péritonite rhumatismale d'emblée que nous venons de relater, M. Chauffard aborde un autre côté de la question sur lequel il convient d'attirer un moment l'attention : je veux parler des péritonites partielles, des pelvi-péritonites d'origine rhumatismale.

Pendant l'année 1861 et l'hiver 1862, la constitution médicale avait revêtu la forme rhumatismale : les affections articulaires et viscérales étaient communes. Les phénomènes viscéraux semblaient même dominer la scène ; la fréquence de l'endocardite, par exemple, était telle que « la loi posée par M. Bouillaud, semblait à peine l'exprimer. »

C'est sous l'influence de cet état constitutionnel que M. Chauffard fut mis à même d'observer un certain nombre de pelvi-péritonites survenant chez des femmes à l'abri des causes habituelles de cette maladie. Quelle cause en effet reconnaît d'ordinaire la pelvi-péritonite ? Toujours, suivant M. Bernutz, la pelvi-péritonite est une maladie symptomatique. Elle naît sous l'influence de lésions des organes génitaux, lésions dépendant de maladies générales ou spécifiques ou liées à une inflammation.

Or, c'est sur des malades complètement à l'abri de ces lésions préexistantes que M. Chauffard a recueilli ses observations. Pour aucune d'elles on ne pouvait invoquer les excès sexuels,

cause si fréquente de cette phlegmasie. C'était donc à des pelvi-péritonites se produisant en dehors du mode étiologique habituel que l'on avait affaire.

Cela étant, à quelle classe de maladies devait-on rattacher ces inflammations ? M. Chauffard n'hésite pas à leur reconnaître une origine rhumatismale, et il se base :

1° Sur la constitution médicale régnante, constitution rhumatismale à manifestations spécialement viscérales ;

2° Sur les habitudes de ces malades, dont la plupart étaient livrées à des occupations les exposant au froid humide ; toutes étaient débilitées par les privations et la fatigue ;

3° Sur la marche de la maladie, marche rapide, se terminant constamment par la guérison et une résolution franche ;

4° Enfin, — et ceci rentre dans le sujet même de notre mémoire, — par une manifestation articulaire qui, *dans un cas*, est venu confirmer ultérieurement le diagnostic que l'on avait porté sur la nature du mal.

C'est cette dernière considération qui, selon nous, a le plus de valeur. Aussi nous empruntons au mémoire de M. Chauffard l'histoire de cette malade.

OBSERVATION XXVIII.

Pelvi-péritonite rhumatismale. — Rhumatisme articulaire.

Chez une de nos malades, vers le quatrième jour de la maladie, en même temps que s'apaisaient les douleurs abdominales, se manifestèrent des douleurs articulaires dans les genoux et les articulations tibio tarsiennes ; la malade disait que ces douleurs survenues dans la nuit avaient remplacé celles du bas-ventre.

Ces manifestations arthritiques ne se maintinrent pas, il est vrai; le lendemain du jour où nous les constations, elles avaient presque disparu, et la pelvi-péritonite réveillée reprenait sa marche; mais celle-ci fut rapide et conduisit promptement à une solution parfaite[1].

Cette observation nous semble devoir rallier l'opinion à l'existence de ces pelvi-péritonites rhumatismales. Mais peut-

1 Chauffard, mémoire cité, p. 666.

être est-on en droit d'exiger, pour conclure d'une façon absolue, le criterium qui n'a pas fait défaut ici, mais qu'on cherche en vain dans les autres observations. Il est sans doute permis, à l'exemple de M. Chauffard, de soupçonner les liens qui rattachent ces inflammations partielles à l'affection rhumatismale, mais il serait imprudent *d'affirmer* cette origine en dehors de toute autre manifestation franchement rhumatismale, ou d'antécédents de cette nature.

Cependant ces faits n'en sont pas moins fort intéressants à recueillir et à grouper. Car, ainsi que le dit M. Chauffard, il ne suffit pas de s'en tenir au diagnostic pur et simple des lésions. Nier que l'on doive pousser l'examen jusqu'à la nature même et aux causes initiales de la maladie, c'est méconnaître « les hautes exigences, les plus pressantes nécessités de notre science. Dépasser les lésions, et remonter à la cause affective comme à la vraie source de toute saine connaissance des maladies et de toute indication légitime est la loi première de la pathologie. »

III. Ascite rhumatismale.

Dans la séance du 29 juin 1869, M. Marrotte a lu un rapport à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. le docteur Desclaux, de Toulouse, concernant l'ascite rhumatismale.

Parmi les auteurs contemporains, Roussel seul s'était occupé de cette question et en avait rapporté dans sa thèse inaugurale une observation. M. Desclaux a basé son mémoire sur deux faits seulement : c'est donc au moins une manifestation du rhumatisme très rare.

Dans la première des observations de M. Desclaux, l'ascite apparaît d'abord ; elle s'accompagne de douleurs abdominales, douleurs dont la cessation est bientôt suivie du retour des manifestations articulaires. (Antérieurement à cette époque, le malade avait eu déjà plusieurs attaques de rhumatisme).

Dans la deuxième, c'est uniquement sur l'existence antérieure de douleurs musculaires et surtout de migraines intenses

et fréquentes (Charcot), que s'appuie l'auteur du mémoire pour en démontrer la nature rhumatismale.

Comme l'a fait remarquer M. Marrotte, ces observations sont fort incomplètes : c'est ainsi, par exemple, que M. Desclaux n'a même pas indiqué si les douleurs abdominales du premier malade étaient dermalgiques ou péritonéales, superficielles ou profondes.

Nous en pouvons conclure que cette manifestation du rhumatisme est encore bien mal connue, que les observations précises font défaut ; le mérite de M. Desclaux sera donc d'avoir ouvert la voie aux investigations dans cette direction.

Nous ferons toutefois remarquer, — ces réserves faites, — que dans la première des observations de M. Desclaux, l'ascite aurait été un phénomène primitif, du moins pour l'attaque de rhumatisme à laquelle elle se relie, et aurait précédé la fluxion articulaire.

CHAPITRE IV.

Localisation sur le tube digestif.

Des troubles intestinaux de diverse nature (entérite, dysentérie) peuvent précéder la localisation articulaire et être pendant un certain temps la seule manifestation du rhumatisme aigu.

I. Entérite rhumatismale.

On donne ce nom à un ensemble de symptômes qu'on peut résumer ainsi : fièvre, douleurs abdominales plus ou moins intenses, dévoiement glaireux alternant avec de la constipation, vomissements, ballonnement du ventre, etc. Cet ensemble symptomatique nous paraît bien mal caractérisé encore et difficile à différencier, dans beaucoup de cas, de la péritonite rhumatismale; difficile même à différencier, quand il y a dévoiement, de ces diarrhées sur lesquelles nous avons déjà attiré l'attention, et que M. Peter considère comme des sueurs de l'intestin.

Quoi qu'il en soit, l'entérite rhumatismale, encore mal définie, a pris rang dans la science.

Au point de vue de son temps d'apparition, elle présente du reste la variabilité des maladies rhumatismales. Elle peut survenir dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, le précéder, marcher parallèlement avec lui ou alterner : à ce point de vue là, c'est vraiment une maladie rhumatismale.

Dans un travail publié dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* du mois de juillet 1841, M. Grifoulhière a réuni un assez grand nombre de cas d'entérite rhumatismale. Parmi ces observations, nous en détachons deux qui ont trait à la question qui nous occupe, en ce sens que les manifestations intestinales ont précédé la localisation articulaire.

OBSERVATION XXIX[1].

Entérite rhumatismale. — Rhumatisme articulaire.

Cet homme exerçait, depuis vingt ans, une profession qui ordinairement fait naître le rhumatisme (il travaillait les jambes dans l'eau) et expose en outre à la paraplégie. Depuis cinq mois il était en proie à un rhumatisme lombaire qui s'était propagé à l'intérieur du canal vértébral. Il éprouve des coliques et quoiqu'il ne soit, pour le coup, exposé à aucun refroidissement, nous supposons à ces coliques, la nature rhumatismale. Or voilà que les signes viennent confirmer le diagnostic : trois jours après, des douleurs, évidemment rhumatismales, apparaissent dans les deux genoux.

Quoique la maladie intestinale se soit bornée ici au symptôme colique, l'auteur n'en donne pas moins le fait comme devant être considéré comme une *entérite rhumatismale* survenant d'emblée. Nous croyons devoir faire toutes réserves à ce sujet.

OBSERVATION XXX.

Entérite rhumatismale. — Rhumatisme articulaire.

Une femme de quarante ans, en retard pour ses règles d'une seule époque, avait trois jours auparavant gardé des habits percés de pluie une grande partie de la journée, en travaillant dans les champs. Le 1er août 1840, encore occupée aux mêmes travaux, elle ressent dans les deux pieds un engourdissement et à la plante des douleurs et des picotements par la pression qui rendent la station impossible. Mais ces symptômes ne font que paraître un instant et sont remplacés dans la même journée par des coliques. A ces coliques se joignent un léger mouvement fébrile, un ballonnement du ventre, des vomissements et une constipation opiniâtres.

Pendant les dix premiers jours, incertain sur la nature et même sur le siège de la maladie abdominale et hésitant entre une obstruction mécanique, un embarras intestinal, une péritonite partielle, on avait employé d'abord des purgatifs énergiques et ensuite des sangsues en grand nombre.

Au bout de ce temps il survient un dévoiement tel, que, pendant trois jours, la malade dut être à tout moment sur le siège. Les

1 Grifouhière, *de l'entérite rhumatismale*, Journal des connaissances méd. chirurg. juillet 1841.

vomissements devinrent en même temps plus violents : on administre la glace à l'intérieur.

Le 13 commencent des douleurs arthritiques ayant tous les caractères du rhumatisme et s'exaspérant pendant la nuit. Elles parcourent successivement un grand nombre d'articulations. Cependant cette nouvelle circonstance n'aggrave pas l'état général. La malade assure que son ventre a commencé à la faire bien moins souffrir dès le jour où se sont montrées les douleurs des membres ; et déjà le 26 elle prend sans inconvénient quelques aliments, est sans fièvre, et dit que ce qui la rend malade ce sont des douleurs dans l'épaule et le coude droit, qui sont gonflés , et d'autres douleurs dans les genoux et les hanches et que son ventre est considérablement soulagé. On le trouve encore ballonné et dur à l'épigastre, on y maintient des cataplasmes.

Le 36e jour, il n'y a plus de douleurs articulaires, le ventre n'est point douloureux, les fonctions digestives ne sont point troublées

Le 42e jour quelques douleurs reparaissent dans les deux genoux; la malade se lève depuis quelques jours , et à la fin de septembre où nous avons cessé de voir la malade, deux mois depuis la maladie, elle conservait à l'hypogastre une certaine dureté sonore à la percussion , quelques légères coliques et quelques douleurs vagues des membres qui ne l'empêchaient pas de prendre des forces.

Le rhumatisme intestinal a eu ici une très grande intensité, il paraît avoir envahi jusqu'à la membrane la plus extérieure ; la séreuse a manifesté sa souffrance par des signes non équivoques, et la tumeur qui est restée tenait vraisemblablement à des adhérences établies entre quelques anses intestinales.

On pourrait difficilement démontrer, selon nous, que tous ces symptômes puissent se rapporter à une entérite simple ; la façon dont se termine la maladie chez la malade qui fait le sujet de cette observation semble bien plutôt autoriser à croire à l'existence d'une péritonite.

Nos connaissances sur ce point sont donc fort incomplètes , elles nécessitent de nouvelles recherches. Quoi qu'il en soit nous n'en avons pas moins vu cet état que les auteurs désignent sous le nom d'entérite rhumatismale précédant, dans certains cas , l'apparition du rhumatisme articulaire aigu.

II. Dysentérie

Stoll a indiqué la dysentérie comme pouvant être reliée à l'affection rhumatismale. Ce qui la caractérise surtout en tant

que maladie rhumatismale c'est, suivant lui, le symptôme douleur. Mais il donne d'autres signes importants à l'appui de cette idée.

Nous reproduisons en entier cette intéressante page de la *Médecine pratique.*

« Je pose en principe, dit-il [1], que la dysentérie qui a eu lieu pendant ces dernières années fut un rhumatisme des intestins, engendré par la même cause qui a coutume de produire les rhumatismes sur la fin de l'été et dans l'automne.

» Ainsi la fièvre rhumatismale d'été et les rhumatismes d'une partie quelconque des membres, de la face, etc., eurent alors *la même cause matérielle* que les dyssenteries,, et ne différaient d'elles que par la forme.

» En effet 1° on a vu, la dyssenterie survenant, des rhumatismes des membres disparaître subitement.

» 2° Quelquefois un même individu était attaqué en même temps et d'un rhumatisme et de la dyssenterie.

» 3° La dyssenterie cessait tout à coup aussi, du moment que les poignets ou les genoux s'enflaient et devenaient douloureux, comme lorsque la fièvre rhumatismale se jette sur les membres.

» 4° L'une et l'autre de ces maladies étaient également communes dans la même saison, les uns étant affligés de rhumatisme, les autres de la dyssenterie.

» 5° Le même traitement convenait aux deux maladies. Le tableau des symptômes était le même, aux différences près qu'occasionnait celle des parties affectées.

» 6° La dyssenterie se jugeait et se terminait fréquemment par des sueurs, ou par des efflorescences miliaires, ou des deux manières à la fois; et c'est ce que l'on observait souvent aussi à l'égard des rhumatismes. »

Ce tableau est complet. Il nous montre les différents moments où peut apparaître la dyssenterie, et Stoll nous dit avoir observé le remplacement d'une dyssenterie préexistante par une attaque de rhumatisme aigu.

1 Stoll, *Médecine pratique*, t. III, p. 165 et 166.

Nous devons à l'extrême obligeance de M. Péter de pouvoir donner ici une observation de dyssenterie rhumatismale des plus intéressantes : un signe avait mis sur la voie du diagnostic, la douleur abdominale; et ce diagnostic fut confirmé ensuite, qnand survint la localisation articulaire coïncidant avec la disparition de la dyssenterie.

OBSERVATION XXXI

Dysentérie rhumatismale. — Rhumatisme articulaire.

En juin 1868, service de M. Bernuzt, salle Saint-Eugène, entre une femme d'une quarantaine d'années pour une dysentérie fébrile qui provoque de quatre à cinq garderobes sanglantes dans les vingt-quatre heures.

Ces garde-robes sont rendues avec sensation de ténesme. Elles sont peu abondantes et franchement dysentériques. Mais ce qu'il y a de particulier dans l'état de cette malade, ce qui me frappe et ce que je fais remarquer aux élèves qui suivent la visite, c'est *l'excessive douleur abdominale*, douleur dont se plaint la malade alors qu'on ne la touche pas et qui lui arrache des cris dès qu'on veut palper l'abdomen surtout dans la région des colons.

Cette disproportion entre la douleur et les phénomènes dysentériques me fait songer à la dysentérie rhumatismale de Stoll et je citai ce fait aux élèves à l'appui des doctrines de l'illustre médecin de Vienne, lorsque, quatre jours après l'entrée de cette malade, la dysentérie allant un peu mieux mais n'étant pas guérie, la malade se plaignit de souffrir de ses genoux qui étaient un peu tuméfiés.

Le lendemain, les poignets et les épaules devinrent également douloureux et se tuméfièrent.

En même temps que se montrait ce rhumatisme articulaire non douteux, il y eut recrudescence de la fièvre. La dysentérie cessa vers le quatrième jour de l'apparition du rhumatisme et les douleurs abdominales disparurent à ce moment.

Le rhumatisme, qui ne fut jamais très intense, s'éteignit au bout d'une quinzaine de jours. La tuméfaction et la douleur des articulations disparaissant graduellement.

La convalescence suivit sa marche normale et la guérison fut complète.

Il résulte de tout ceci que le rhumatisme peut avoir sur l'intestin un retentissement morbide.

L'état pathologique désigné sous le nom *d'entérite* n'est pas encore nettement tracé; la dysentérie rhumatismale, en

dehors des constitutions médicales ou des épidémies, est un fait rare; mais il nous semble démontré que la muqueuse intestinale peut être atteinte par l'affection rhumatismale, et que cette atteinte peut être primitive, et préexister aux localisations articulaires.

III. Ictère rhumatismal

M. le professeur Monneret a décrit sous le nom de rhumatisme du foie l'apparition d'un ictère qui coïnciderait avec une légère augmentation dans le volume du foie.

M. Baillet, dans sa thèse [1], a consigné un certain nombre d'observations; nous en détachons une qui nous montre l'ictère précédant la localisation articulaire.

OBSERVATION XXXII.

Ictère. — Rhumatisme polyarticulaire.

Suzanne Ch..., femme de vingt-six ans, lingère, entre le 24 mars 1862, à l'hôpital de la Charité, et est couchée au n_o 15 de la salle St-Vincent.

D'une bonne santé habituelle, d'un tempérament lymphatico-nerveux, cette femme n'accuse d'autre maladie antérieure que quelques phénomènes d'hystérie vaporeuse, consistant en pandiculations, pleurs, boule hystérique, etc..., elle n'a jamais eu de douleurs rhumatismales ni de jaunisse.

Le 13 mars, elle s'aperçut, pour la première fois, que ses sclérotiques prenaient une coloration jaune très appréciable ; ses urines taehaient son linge, ceci survint sans cause connue. Pas d'émotion morale, pas de refroidissement ; il n'y eut aucune douleur dans la région du foie, à peine une légère perte d'appétit.

Le 14, douleur vive au genou gauche, frisson , fièvre, impossibilité de marcher. Puis, après quelques heures, apparition de douleur aux deux épaules, et à l'artieulation métacarpo phalangienne du médius droit.

La coloration spéciale a suivi une marche décroissante à mesure que les phénomènes arthritiques se dissipaient. Une légère recrudescence s'étant montrée, l'ictère a reparu, pour disparaître de nouveau quand eessait l'état aigu.

1 Baillet, *Ictère rhumatismal*, th. Paris 1862, n° 195, p. 10.

CHAPITRE V.

Localisations sur le système nerveux.

Diverses localisations rhumatismales peuvent se montrer d'emblée sur le système nerveux, et précéder le rhumatisme articulaire aigu.

I. Rhumatisme cérébral.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'histoire du rhumatisme cérébral. Nous restreindrons l'étude de cette localisation du rhumatisme à la question qui nous occupe, et chercherons uniquement si des faits d'encéphalopathie ont été observés au début d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Cette partie de notre travail a une importance pratique considérable. Nous verrons en effet que le rhumatisme aigu peut débuter par des phénomènes cérébraux des plus curieux et des plus terribles, du moins en apparence. Il sera donc nécessaire que le médecin soit averti de la nature possible de ces accidents, s'il veut éviter des erreurs de pronostic regrettables et bien diriger son traitement.

M. Vigla a établi dans le rhumatisme cérébral, trois classes ou divisions qui sont :

1o Le rhumatisme compliqué de délire (folie rhumatismale de Burrows, Mesnet, Griesinger);

2° La méningite rhumatismale ;

3° L'apoplexie rhumatismale.

Mais, ainsi que le fait remarquer M. Gubler, cette classification est incomplète. « Où placer, dit-il[1], ces douleurs de tête multiformes dont parle Van Swieten, après Boerhaave, et qui alternaient à plusieurs reprises avec des douleurs articulaires ? Elles méritent de former un groupe distinct de tous les autres, et doivent commencer la série des complications cérébrales du

rhumatisme, en raison de leur fugacité et de leur moindre gravité pronostique. »

Nous allons successivement examiner chacune de ces quatre formes, qui nous présentent en résumé, comme le fait remarquer M. Gubler, la gradation suivante : céphalalgie, délire, méningite et apoplexie, et voir si chacune de ces formes a pu être observée d'emblée, avant la manifestation articulaire du rhumatisme aigu.

A. — *Céphalagie rhumatismale.*

Nous ne parlons pas ici des migraines sur lesquelles M. Charcot a appelé l'attention comme appartenant, à titre de manifestation commune, au rhumatisme chronique. Nous ne sortons pas de la forme aiguë du rhumatisme, et nous nous en tenons, dans ce paragraphe, à la céphalalgie rhumatismale, telle que M. Gubler l'a comprise et décrite.

Dans le mémoire de M. Gubler, nous trouvons une observation que nous allons reproduire en entier, et qui nous montre le rhumatisme articulaire aigu débutant par une céphalalgie intense qui, pendant quelque temps, dérouta l'observateur et lui fit porter un pronostic des plus graves. La fluxion articulaire seule le mit sur la voie et lui permit de reconnaître la véritable nature de ces phénomènes.

OBSERVATION XXXIII.

Céphalalgie rhumatismale. — Rhumatisme articulaire aigu.

Mme N..., âgée de plus de cinquante-cinq ans, d'une bonne constitution et habituellement bien portante, mais débilitée par des occupations fatigantes et des peines morales, fait, à la fin du mois d'octobre dernier, une longue course à pied à travers le bois de Boulogne et rentre chez elle exténuée, pouvant à peine marcher et se tenir debout. A la suite de cet excès de fatigue, elle est prise d'un malaise général, et d'une courbature dans tous les membres qui la forcent à s'aliter. En même temps elle perd l'appétit et le sommeil, et se plaint d'un mal de tête continu avec des paroxysmes nocturnes

intolérables. Cette céphalalgie occupe particulièrement les régions frontales et orbitaires, et peut être comparée à une compression violente et soutenue avec sensation de pesanteur très pénible; elle s'accompagne d'une tendance aux étourdissements; d'obnubilation de la vue, et d'une injection marquée des conjonctives oculaires; il existe aussi dans les membres des douleurs vagues, qu'on a coutume de désigner sous le nom d'inquiétudes, et qui forcent à changer à chaque instant de position; la fièvre est à peu près nulle.

Appelé le 28 octobre à constater ces symptômes, je songe d'abord à une hyperhémie cérébrale prodromique d'une attaque d'apoplexie, et je prescris un purgatif composé de calomel et d'aloës, des sinapismes sur les extrémités inférieures, de la tisane de chiendent et la diète. La céphalalgie gravative persiste les deux jours suivants ainsi que les autres symptômes. Le 31, de nouveaux phénomènes se manifestent; les deux articulations tibio-tarsiennes sont le siége d'une douleur vive s'exaspérant par la moindre pression ainsi que d'un gonflement très marqué; une rougeur mal circonscrite suit le trajet des coulisses tendineuses placées derrière la malléole. Le pouls est devenu plus fréquent et plus développé, la peau est plus chaude; la céphalalgie a disparu en même temps que les articulations se sont prises. (Sulfate de quinine, 1 gr. en trois doses dans les vingt-quatre heures; chiendent; liniment laudanisé sur les jointures; bouillon). Les jours suivants les genoux et les hanches, les poignets et les coudes sont successivement envahis; le mouvement fébrile est resté modéré. On continue le traitement jusqu'au 4 novembre; alors, les arthrites rhumatismales étant apaisées, on cesse le sulfate de quinine. Les douleurs occupent en dernier lieu le coude droit; elles ne sont pas encore entièrement dissipées lorsque la malade est prise d'un violent lumbago qui se calme rapidement sous l'influence d'un nouveau purgatif et des préparations opiacées. Pendant la convalescence, il survient une conjonctivité double très intense, avec chémosis œdemato-phlegmoneux, probablement encore de nature rhumatismale. Le calomel à doses fractionnées et les onctions napolitaines belladonées sur la région temporale en font promptement justice.

Depuis lors aucun autre accident n'est survenu; la santé est aujourd'hui complétement rétablie.

Dans ce cas, la céphalalgie, par ses caractères, par les troubles fonctionnels qui l'accompagnaient, semblait devoir être rattachée à une hyperhémie cérébrale; on ne pouvait la considérer comme un rhumatisme du cuir chevelu, on ne pouvait non plus la relier à l'état fébrile qui ne se développa que plus tard. Aussi M. Gubler, pour toutes ces raisons, avait-il cru devoir la considérer comme le symptôme précurseur d'une altération sénile du cerveau, pouvant se terminer par l'apoplexie

ou le ramollissement. La suite prouva qu'on avait eu affaire à une congestion rhumatismale du cerveau.

Mais ce diagnostic ne put être porté que lorsque fut survenue l'arthrite. Et il en sera malheureusement ainsi dans la plupart des cas ; car le rhumatisme cérébral d'emblée sera presque toujours absolument impossible à diagnostiquer.

Des faits de cette nature doivent cependant être recueillis avec soin ; ils pourraient en effet, dans certains cas où les antécédents rhumatismaux seraient évidents, mettre l'observateur sur ses gardes et diriger sa conduite.

B. — Délire rhumatismal.

Nous croyons pouvoir rattacher à cette forme de rhumatisme cérébral les deux observations suivantes. Dans l'une comme dans l'autre la manifestation articulaire fut précédée de délire aigu, fébrile dans les deux cas. Dans les deux cas aussi les phénomènes cérébraux disparurent quand survint l'arthrite rhumatismale.

La première est empruntée à la thèse de M. Fernet, qui a entendu raconter le fait par M. Lasègue :

OBSERVATION XXXIV [1].

Manie aiguë ayant précédé une attaque de rhumatisme articulaire.

Il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années qui fut pris tout à coup, après quelques jours de malaise et de douleurs disséminées dans les membres, d'une pleurésie qui dura deux ou trois semaines. Celle-ci fut suivie d'un accès de manie des plus violents, avec fièvre.

Ne trouvant aucune cause qui pût expliquer cette maladie, et tenant compte des douleurs qui avaient précédé l'apparition, M. Lasègue pensa que cette manie pourrait bien être rhumatismale, et on va voir que l'événement ultérieur justifia pleinement ce diagnostic.

En effet, quinze jours ne s'étaient pas écoulés, que l'on vit tomber graduellement l'excitation maniaque; mais en même temps se déve-

[1] Fernet, thèse citée, p. 85.

loppèrent des manifestations rhumatismales aiguës du côté des jointures et du cœur, qui prouvèrent clairement la nature de la maladie cérébrale.

L'observation qui suit est le résumé d'uue communication orale de M. Marrotte; c'est la révélation d'un fait analogue au précédent: la nature rhumatismale de ce délire fut ici encore soupçonnée, et la thérapeutique, dirigée d'après ces soupçons, amena les plus heureux résultats.

OBSERVATION XXXV.

Rhumatisme articulaire aigu. — Délire rhumatismal.

Une jeune fille de douze ans, qui, deux ans auparavant, avait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu, fut prise brusquement de fièvre, céphalagie, délire violent. Cet état d'agitation persista le lendemain, le délire s'exagéra encore, M. Marrotte vit cette jeune fille avec M. Trousseau, et considéra ces phénomènes cérébraux comme pouvant se rattacher à l'affection rhumatismale. En sinapisant très fortement les articulations, en mettant des sangsues aux aphophyses mastoïdes, en appliquant un large vésicatoire entre les deux épaules, on détermina un appel fluxionnaire vers les jointures, le rhumatisme articulaire apparut, eut une marche aiguë, et son apparition coïncida avec la cessation des phénomènes nerveux.

Il y a donc une forme de délire aigu, fébrile, s'accompagnant d'agitation et de violence, qui appartient à l'affection rhumatismale dont elle peut précéder la localisation articulaire. C'est en quelque sorte un second degré dans l'échelle des phénomènes cérébraux du rhumatisme et un passage à la forme suivante.

C. — Méningite rhumatismale.

Celle-ci survient dans le cours du rhumatisme aigu et se termine presque toujours par la mort.

Une période d'agitation, pendant laquelle on observe parfois des mouvements tétaniques, épileptiques ou choréiformes, est bientôt suivie d'un état comateux pendant lequel la mort survient.

D'autres fois la mort survient dans la période d'agitation.

Nous n'avons pas d'observation à relater de cette forme de rhumatisme cérébral. On conçoit en effet que la rapidité avec laquelle arrive dans ce cas la terminaison fatale ne permet pas à la maladie articulaire de survenir.

Cela ne veut pas dire que la méningite rhumatismale ne puisse survenir en dehors d'une phologose articulaire préexistante ; des observations existent qui permettent de rattacher à la fièvre rhumatismale des faits de ce genre, mais le diagnostic en est très difficile, et, comme l'arthrite ne le vient pas ultérieurement confirmer, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

D. — Apoplexie rhumatismale.

Nous pouvons dire la même chose de cette quatrième forme de rhumatisme cérébral. Dans ce cas, le malade, après quelques prodrômes, tombe subitement dans le coma et meurt au bout de quelques jours ou de quelques heures. Pour les mêmes motifs, nous n'avons pas d'observation à donner.

Mais à cette forme mortelle s'en rattache une autre, à laquelle convient encore le nom d'*apoplexie,* qui se caractérise par des paralysies partielles, qui peut guérir et qu'on peut observer au début du rhumatisme articulaire aigu.

Trousseau signale cette forme d'apoplexie rhumatismale dans sa *Clinique* et donne l'observation suivante :

OBSERVATION XXXVI [1].

Une jeune fille entre à l'hôpital avec une fièvre véhémente, une rachialgie intense comme celle des prodrômes de la variole, et de la paraplégie.

Pendant trois jours nous attendons l'éruption varioleuse; le quatrième jour nous faisons appliquer les ventouses; la paraplégie cesse, mais aussitôt surviennent une amaurose et une hémiplégie. Nous appelons alors cet état *hémiplégie rhumatismale* ou *rhumatisme cérébral.*

1. Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu,* t. II, p. 71, 2e édit.

Quelques sangsues sont appliquées derrière les oreilles, et deux jours après les douleurs apparaissent dans les articulations; l'amaurose se dissipe alors ainsi que l'hémiplégie.

On voit que chez cette malade il y a eu successivement rhumatisme médullaire et rhumatisme cérébral. Tous ces phénomènes ont disparu sous l'influence de la fluxion articulaire.

En résumé, les manifestations cérébrales du rhumatisme que l'on peut voir précéder l'inflammation des jointures sont la céphalalgie, le délire et les paralysies partielles (hémiplégie), revêtant une forme et une marche spéciales, mais ne se caractérisant pas assez, en tant que symptômes rhumatismaux, pour rendre facile le diagnostic.

II. Rhumatisme spinal.

Des troubles fonctionnels du côté de la moëlle se rattachent à l'étude du rhumatisme aigu et peuvent précéder la manifestation articulaire. Nous en avons précédemment cité un exemple (32e observation) emprunté à Trousseau.

Le fait suivant, recueilli par M. le docteur Piedvache, présente avec l'observation de Trousseau les plus grandes analogies.

OBSERVATION XXXVII [1].

Paraplégie rhumatismale. Rhumatisme articulaire.

Un jeune homme est pris brusquement d'une paraplégie complète, sans douleurs dans les membres ni dans les lombes; il demeure ainsi huit jours. Au bout de ce temps, la paraplégie disparaît très rapidement et est remplacée par un rhumatisme articulaire généralisé.

La nature rhumatismale de ces phénomènes ne peut être discutée; mais quels en sont le siége anatomique et le mode pathogénique? Ici l'obscurité est complète, les preuves nécros-

[1] Fernet, thèse citée, p. 91.

copiques faisant défaut. On peut cependant soupçonner que ces lésions sont multiples et que, comme cela s'observe pour d'autres localisations rhumatismales, elles peuvent consister dans une inflammation, une congestion, une fluxion séreuse ou une simple névrose.

Des phénomènes médullaires peuvent donc précéder la localisation articulaire et pendant quelque temps être la seule manifestation du rhumatisme aigu.

III. Chorée.

La danse de Saint-Guy est, de toutes les névroses, celle qui semble avoir avec le rhumatisme le plus de rapports. Comme lui, en effet, elle tient sous sa dépendance des lésions du cœur décrites par M. Roger sous le nom de *chorée cardiaque ;* d'autres fois elle se mêle aux autres symptômes de l'encéphalopathie rhumatismale, et les gesticulations choréiques viennent fournir un nouveau signe à la maladie (Trousseau) ; souvent enfin elle est liée au rhumatisme articulaire et nous présente ce caractère de la *mobilité dans le temps* sur lequel nous insistons.

On la voit en effet apparaître dans le cours d'un rhumatisme aigu, le remplacer ou marcher parallélement avec lui ; alterner d'intensité avec l'arthrite ou bien enfin la précéder.

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps à démontrer la nature rhumatismale de la chorée, nous bornant, dans ce paragraphe, à rapporter quelques observations empruntées au mémoire de M. Roger [1] dans lesquelles on voit la chorée survenir d'emblée et être pendant un certain temps la seule manifestation du rhumatisme aigu.

1 Roger, *De la chorée cardiaque*, Arch. gén. de médecine, 6e série. t. XI, 1868. — Les observations reproduites portent dans ce mémoire les numéros 54, 55, 57 et 58.

OBSERVATION XXXVIII.

Chorée datant d'un mois; rhumatisme articulaire et cardiaque; récidive de chorée l'année suivante.

Jean Cresson, âgé de onze ans et demi, est d'une bonne santé habituelle, et l'on assure qu'il n'a jamais eu de rhumatisme. Dans les premiers jours de février 1866, il fut pris de *mouvements choréiques* qui, d'abord localisés à la main droite, se généralisèrent bientôt à toute la moitié droite du corps. L'enfant, entré à l'hôpital le 22 février (salle St-Louis, n° 25), était soumis à la médication arsénicale, et la chorée entrait dans la période de décroissance, lorsque, le 8 avril, survint un gonflement de l'articulation tibio-tarsienne droite. Une fièvre assez vive se déclara, et le cœur, le jour suivant, se ressentit de cette attaque de rhumatisme. Je constatai les signes d'une endocardite assez intense; le cou-de-pied gauche fut pris à son tour et le rhumatisme ne disparut complètement que le 20 avril.

Ses convulsions choréiques, un peu moindres aux membres pendant la fièvre rhumatismale, avaient persisté à la face; elles diminuèrent en même temps que le rhumatisme guérissait, cependant elles ne cessèrent que dans le courant du mois de mai (arséniate de soude, 3 à 17 milligr.) après trois mois et demi.

A la sortie du malade (fin mai), le bruit de souffle existait toujours; son timbre était assez rude, et il avait son maximum au premier temps et à la pointe du cœur.

Cresson rentrait à la salle St-Louis juste au bout d'un an, le 8 mai 1867. La récidive de chorée datait des derniers jours d'avril. Les mouvements convulsifs occupaient surtout le membre supérieur droit et les muscles du visage; les grimaces étaient fortes aux lèvres et aux paupières.

Je constatai de nouveau, comme à la première attaque, un souffle couvrant le premier bruit du cœur, assez rude et avec maximum à la pointe. Après une dizaine de jours, les mouvements anormaux semblèrent notablement diminués d'intensité. (Arséniate de soude de 2 à 5 milligrammes).

OBSERVATION XXXIX.

Quatre attaques de chorée en quatre ans : dans la première, rhumatisme articulaire et cardiaque.

Sophie Rousseau a eu, à l'âge de neuf ans, en décembre 1861, une première attaque de chorée assez intense, survenue sans cause appréciable, (ni peur, ni refroidissement, etc.)

Quinze jours après le début, alors que la chorée existait dans toute son intensité, se déclara un rhumatisme articulaire aigu pour lequel l'enfant a dû garder le lit pendant un mois. Il paraît y avoir eu alors

une manifestation rhumatismale vers le cœur ; probablement une péricardite (palpitations, douleurs précordiales, etc.) La malade a été soignée chez elle ; la chorée a duré trois mois.

Au mois d'octobre suivant (1862) *seconde attaque de chorée* très légère et qui dure seulement une quinzaine de jours.

En mars 1864, l'enfant fut prise pour la *troisième fois* de mouvements choréiques dont la durée fut encore d'une quinzaine de jours.

Enfin, dans les premiers jours de juin 1865, la chorée reparut pour la *quatrième fois* et augmenta graduellement d'intensité.

Le 1er juillet 1865, la fillette est amenée à la consultation de l'hôpital des enfants. Je constate l'existence d'une chorée généralisée très forte, rendant très difficile la station debout et surtout la marche. La petite malade butte au moindre obstacle et tombe assez souvent. Ces mouvements convulsifs sont un peu plus forts du côté gauche et rendent l'auscultation du cœur assez difficile.

Les battements cardiaques sont réguliers ; il n'y a pas de palpitations. Les bruits du cœur semblent avoir conservé leurs caractères normaux.

Les trois dernières attaques de chorée ont été exemptes de rhumatisme.

OBSERVATION XL.

Chorée à la seconde attaque, rhumatisme avec endocardite.

Labro, Marie, âgée de huit ans et demi, entre, le 20 juillet 1866, à l'hôpital des Enfants, salle Ste-Geneviève.

Cette petite fille n'a jamais eu ni rhumatisme ni aucune autre maladie qu'une chorée pour laquelle elle serait restée deux mois à Ste-Catherine. Il y a une quinzaine de jours, sans cause appréciable, s'est déclarée une chorée, généralisée dès l'abord, et d'intensité moyenne. — Bains sulfureux ; gymnastique.

Trois semaines après son entrée à l'hôpital, l'enfant accuse quelques douleurs dans les genoux ; l'articulation n'est pas tuméfiée et il n'existe aucune rougeur à ce niveau, en même temps l'auscultation, jusque-là négative, révèle un bruit de souffle doux dont le maximum est à la pointe du cœur et qui couvre le premier bruit. Ce rhumatisme léger persiste pendant trois jours et s'étend aux cous-de pieds, tandis que le bruit anormal acquiert une plus grande rudesse (endocardite).

La chorée resta stationnaire pendant la dernière quinzaine du mois d'août et les premiers jours de septembre (Teinture de colchique et de digitale de cinq à vingt-cinq gouttes). Assez forte, elle suivit sa marche ordinaire, sans autre incident qu'une conjonctivite intense avec hémorrhagie oculaire sous conjonctivale, qui survint dans son déclin. Après trois mois elle était guérie, tandis que l'endocardite n'avait aucunement varié. A mon dernier examen, en novembre, je constatai l'existence d'un souffle très marqué, avec forte impulsion du cœur au premier bruit, et ayant son maximum en bas et en dehors du mamelon gauche ; d'ailleurs il n'y avait pas d'augmentation de volume

du cœur, ni de troubles fonctionnels ressentis et accusés par l'enfant.

Labro rentre à la salle Ste-Geneviève le 25 juillet 1867, pour une troisième attaque de chorée qui a commencé il y a un mois, en même temps qu'il y avait quelques douleurs vagues dans le membre inférieur droit. Le désordre des mouvements est assez fort; l'intelligence est diminuée avec difficulté notable de la prononciation. La santé générale est d'ailleurs bonne, sauf un peu d'anémie. Je constate à la région précordiale un souffle très prononcé qui siége à l'orifice mitral. Une amélioration de moitié n'est obtenue qu'après deux séries de tartre stibié, de 10 à 40 centigrammes. Rechûte le 15 août sans cause appréciable, à peine modifiée d'abord par la gymnastique et par une série prolongée de bains sulfureux. Ce traitement est repris après une interruption de deux mois, et enfin la petite malade sortit le 25 octobre presque complètement guérie; les mouvements spasmodiques ont à peu près disparu, et l'intelligence est positivement plus développée qu'il y a deux mois.

Le cœur a seul conservé les traces de l'affection ancienne. Indépendamment du bruit de souffle systolique et mitral très caractérisé, je constate une notable augmentation de volume ; la matité s'étendant de haut en bas, du bord inférieur de la deuxième côte au bord supérieur de la sixième, et latéralement jusqu'à la ligne médiane du sternum.

OBSERVATION XLI.

Chorée récidivant; rhumatisme articulaire développé peu après la dernière attaque; endocardite.

Un garçon de quatorze ans fut pris à l'âge de neuf ans d'une première attaque de chorée survenue, dit-on, à la suite d'une vive frayeur. Depuis lors cette chorée aurait récidivé tous les six mois environ. Quelques jours après la dernière attaque, survint un rhumatisme articulaire aigu généralisé, pendant lequel se développèrent des palpitations. L'auscultation du cœur me fit percevoir manifestement un bruit de souffle couvrant le second temps. Le pouls était régulier et conservait ses caractères normaux.

Rappelons encore l'observation si intéressante de Trousseau, dans laquelle nous voyons une chorée unilatérale disparaître quand se montra un rhumatisme articulaire aigu, lequel, disparaissant à son tour, fut l'occasion du retour de la chorée.

De tous ces faits, il résulte que nous pouvons voir la chorée survenir d'emblée et précéder, pendant un temps variable, tout autre localisation rhumatismale.

IV. Névralgies.

Des névralgies multiples s'observent dans le rhumatisme

aigu ; ce sont des névralgies des membres, et parmi celles-ci la névralgie sciatique ; des névralgies viscérales, l'hépatalgie, l'entéralgie et la gastralgie.

Ces diverses névralgies accusent leur nature rhumatismale par leur mobilité même : Trousseau rapporte un cas dans lequel la névralgie envahit successivement les nerfs sciatiques, diverses branches des plexus brachiaux, le sus-orbitaire, le frontal, le pariétal, l'occipital et enfin les intercostaux.

D'autres fois la névralgie limitée à un nerf, le sciatique, par exemple, alternera avec l'inflammation articulaire (Chomel).

Nous empruntons à M. le professeur Bouillaud une observation dans laquelle on voit une sciatique être remplacée au bout de huit jours par un rhumatisme articulaire. Pendant ce temps elle a donc été la seule manifestation du rhumatisme.

OBSERVATION XLII [1].

Rhumatisme articulaire aigu. precédé d'une double sciatique également aiguë.

Salle des hommes, n° 19. X..., âgé de trente-deux ans, facteur d'instruments de cuivre, rue Mazarin, 80.

Malade depuis trois jours ; entré le 24 juillet 1838, sorti le 4 août suivant.

D'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin ; embonpoint considérable, peau mince et fine ; d'une santé habituellement assez bonne.

Il y a cinq ans, rhumatisme articulaire subaigu occupant plusieurs articulations et qui fut guéri au bout d'un mois, traité par une saignée et des bains.

Trois jours avant son entrée, après avoir pris environ six bains de jambes à la rivière, pour une morsure de chien à la partie externe de la hanche gauche, il ressentit une douleur qui s'étendit jusqu'à la partie inférieure du membre en suivant le trajet du nerf sciatiqne ; une douleur pareille envahit bientôt le membre inférieur droit, de sorte que le malade ne pouvait plus marcher ni même se tenir sur ses pieds.

Vingt sangsues furent appliquées, sans soulagement notable, sur la cuisse gauche.

Etat au moment de l'entrée (24 juillet à la visite du soir). Les douleurs sont toujours les mêmes, et occupent le trajet des nerfs sciatiques ; articulations libres.

1 Bouillaud, *Traité du rhumatisme*, p. 432.

Rien de notable au cœur; pouls à 92, médiocrement développé, respiration bonne.

25. — Persistance de la douleur depuis l'origine du nerf sciatique jusqu'à la plante des pieds, plus forte à droite qu'à gauche, avec impossibilité de remuer les membres douloureux ; insomnie, moiteur légère de la peau dont la température est de 32-33° à l'abdomen et de 34° à la partie interne du genou droit; soif modérée ; point de selles depuis trois jours; pouls à 80; rien de notable au cœur.

26. — Soulagement des membres inférieurs que le malade commence à pouvoir remuer; mais il est survenu dans la nuit une douleur dans l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche; pouls à 104; température de la peau comme la veille.

27. — Les membres inférieurs vont de mieux en mieux, et le malade a pu rester levé pendant qu'on a fait son lit; mais toutes les articulations de la main gauche et celles du poignet correspondant sont très douloureuses, gonflées, avec saillie notable des veines sous cutanées; le moindre mouvement rend la douleur intolérable; sueurs durant la nuit; insomnie; pouls à 108; un peu flasque et moins résistant.

Les deux bruits du cœur sans souffle bien distinct, mais assez fortement voilés.

Le 29, la sciatique a complètement disparu, le rhumatisme articulaire a son cours régulier, et le malade sort guéri le 4 août.

Dans une note, M. Bouillaud ajoute : « *L'origine rhumatismale* de la sciatique nous fit annoncer d'avance *comme probable* le rhumatisme articulaire qui se déclara plus tard. »

OBSERVATION XLIII.

Névralgie sciatique. — Rhumatisme articulaire aigu.

(Communiquée par notre excellent collègue et ami le docteur Folet.)

Il s'agit d'un malade de trente-cinq ans environ. — Le 28 février 1869 il fut pris, après quelques jours de malaise, de douleurs vives dans la partie postérieure de la cuisse droite. Il ne peut ni se tenir debout ni se coucher du côté droit, la douleur est continue, mais présente des élancements fréquents; elle suit exactement le trajet du nerf sciatique. Il y a surtout trois points névralgiques très douloureux: un à l'émergence du nerf, l'autre à la partie postérieure de la cuisse, le troisième au niveau de la tête du périné. Il y a une fièvre assez vive.

Je fis au niveau du point ischiatique une injection hypodermique. Le lendemain la douleur névralgique était toujours aussi vive. Ce n'est que le troisième jour que le rhumatisme articulaire apparut. Il envahit successivement les genoux, les cous-de-pied et les articulations sterno-claviculaires. — Je donnai le sulf. de quinine à dose suffisante pour produire quelques éblouissements. La maladie fit son évolution en une douzaine de jours. Dès que la phlogose articulaire se fut montrée la douleur sciatique alla diminuant et disparut peu à peu.

CHAPITRE VI

Localisations cutanées.

Des exanthèmes aigus et fébriles peuvent précéder la localisation articulaire et être pendant quelque temps la seule manifestation du rhumatisme aigu.

La peau peut être impressionnée de deux façons par le rhumatisme articulaire aigu, les éruptions qui en dépendent peuvent se diviser en deux classes : les unes sont des symptômes, telle est la rougeur autour des articulations, ou les sudamina qui se rattachent à l'appareil fébrile ; les autres sont des maladies spéciales qui se relient à l'affection rhumatismale et en présentent nettement les caractères généraux.

Les premiers ne doivent pas nous occuper ici, les seconds nous arrêteront un moment.

Ces éruptions, aiguës, fébriles, comme l'affection à laquelle elles se rattachent, rentrent dans la classe des éxanthèmes ; ce sont en particulier l'érythème noueux et papuleux, l'urticaire, le pityriasis aigu disséminé.

Elles présentent au plus haut degré les deux caractères généraux des maladies rhumatismales ; elles sont essentiellement erratiques et de marche capricieuse et irrégulière, comme on le verra dans l'observation XLIV. Elles ont en second lieu un temps d'apparition très variable dans le cours du rhumatisme.

Tantôt elles se montrent à son début ; tantôt elles viennent postérieurement à son développement ; tantôt enfin elles peuvent le précéder et être, pendant un certain temps, les seules manifestations du rhumatisme aigu.

A l'appui de cette deuxième proposition, nous trouvons dans la thèse de M. le docteur Ferrand [1] deux observations d'érythème papuleux survenu d'emblée et une d'érythème noueux.

[1] Ferrand, *des Exanthèmes du rhumatisme*, Paris, 1862.

Dans ces trois cas, la fièvre avait été l'accompagnement constant des éruptions et le seul phénomène qui ait précédé leur apparition. Plus tard, survint le rhumatisme aigu.

Nous devons à M. le docteur Molland d'avoir eu connaissance de l'observation suivante, recueillie dans son service à la Pitié, et mise obligeamment à notre disposition. C'est un rare exemple d'une éruption fébrile, à marche capricieuse, erratique, parcourant toute l'étendue de la peau, disparaissant et reparaissant, s'accompagnant secondairement d'endopéricardite, et enfin, de rhumatisme musculaire et articulaire. Ici la nature de l'éruption, déjà rendue probable par la marche de la maladie cutanée, devint évidente quand apparurent les autres manifestations du rhumatisme.

OBSERVATION XLIV.

Erythème — Endopéricardite. — Rhumatisme musculaire et articulaire.

(Recueillie et communiquée par H. Challand, interne du service).

Le nommé Isidore Passe, vingt-un ans, bijoutier, entre à la salle St-Hilaire le 27 juillet 1869, n° 27.

A toujours habité Paris.

Maladies antérieures. — Il y a quatre ans, à la suite d'une fracture de bras, il était en convalescence à Vincennes, lorsqu'il fut pris de douleurs articulaires qui le retinrent un mois au lit.

Hérédité. — Pas de parents rhumatisants, pas de scrofule, pas de tuberculose, pas d'action du froid humide.

Début. — Il y a cinq jours, il fut pris de diarrhée et de nausées, pour lesquelles on lui donna en ville un vomitif.

Cet état continuant, il entre à l'hôpital.

Etat à l'entrée : le 28. — Teinte subictérique de tout le corps, surtout apparente aux sclérotiques, coïncidant avec un peu d'hypertrophie du foie, quinze centimètres et demi verticalement.

La langue est couverte d'un léger enduit blanchâtre; 72 pulsations.

Le malade déclare n'éprouver aucune douleur; il se plaint seulement de nausées et de fatigue consécutive.

En l'absence absolue de tout symptôme autre que ceux d'un embarras gastrique léger, on fit ce jour-là de l'expectation. Bouillons.

Le lendemain 29, l'état du malade a complètement changé.

La fièvre s'est montrée, la peau est chaude, moite. Température rectale, 40°, 1; pouls plein, un peu bondissant, mais régulier, 72 pulsations. La soif est vive, l'appétit nul. La langue est sale, couverte d'un enduit blanc, jaunâtre; persistance de la teinte subictérique.

A deux ou trois reprises, il y a eu du saignement de nez, du reste peu abondant. Sur les fesses, la face interne des cuisses et la région lombaire, taches ombrées assez nombreuses.

Pas de stupeur ni de troubles intellectuels.

L'oppression est vive, 48 inspirations, mais l'auscultation ne donne aucun renseignement. Pas de toux ni de mal de gorge.

Mais, en même temps, est apparue une éruption caractérisée par des plaques d'érythème framboisé qui couvrent la poitrine et le ventre. A côté de ces plaques, se trouvent d'autres taches, plus élevées, arrondies de la largeur d'une petite pièce d'argent de vingt centimes. On en retrouve sur le dos et les fesses. Elles sont le siége d'un prurit incessant.

Le malade raconte à ce propos qu'à deux reprises, il y a six ans et il y a quatre ans, indépendamment de sa maladie articulaire, il aurait eu deux éruptions analogues à celle qu'il a maintenant. Elles auraient apparu et disparu toutes deux en quarante-huit heures. Soigné à St-Louis dans le service de M. Bazin, on aurait diagnostiqué du *pityriasis aigu*, *versicolor*, *marginata et circinata*.

La prescription fut la même.

Le 30. — Les plaques sont répandues sur toutes les parties antérieures du corps. Elles sont plus pâles mais beaucoup plus larges. Elles se sont étendues jusqu'à la région lombaire, mais les taches arrondies, nummulées, qu'on observait hier, ont disparu.

Les taches ombrées et les taches bleues se voient encore.

Plus de diarrhée, pas de vomissements. La dyspnée est moins vive, 36 inspirations; pouls, 72 plein. Température rectale, 39°.

Un peu de toux, quelques crachats muqueux.

La teinte ictérique a diminué; foie : 13 centimètres.

Pas de sommeil.

Aucune douleur articulaire; l'érythème ne se trouve pas autour des jointures.

Prescription : eau de sedlitz, 2 verres.

Même état le soir. L'éruption a un peu pâli.

Le 31. — L'amélioration persiste. L'érythème a pâli encore; les taches persistent.

La teinte ictérique est devenue terreuse; la langue est toujours sèche et saburrale.

Oppression moindre, 36 inspirations; quelques gros râles sous crépitants en arrière aux deux bases.

Pouls, 60. Température rectale, 38° 4. L'état fébrile s'est donc amendé. En même temps l'appétit reparaît, la soif est moindre.

1er *août*. — L'éruption a presque complètement disparu. Les taches bleues persistent.

La langue toujours sèche est jaunâtre au centre, rouge aux bords.

La teinte terreuse a pâli.

Respiration, 36; pouls, 60. Température rectale, 38° 4.

L'examen des urines, plusieurs fois répété, ne fournit aucun résultat.

L'appétit revient. 1 degré. Limonade.

Le 2. — L'état général restant le même, quelques plaques d'érythème reparaissent sur le devant de la poitrine, mais plus petites et plus pâles que celles des jours précédents. La langue est moins saburrale, l'appétit persiste.

Pouls 60. Température rectale. 38° 6.

Le 3. — Même état général; mais coïncidant avec l'amélioration évidente des fonctions, l'érythème de nouvelle formation s'est beaucoup étendue. Il occupe maintenant, outre le tronc où la première éruption était limitée, les cuisses, les jambes, les épaules et les bras.

La teinte ictérique a disparu. Pâleur des tissus.

4 août. — Comme nous l'avions observé lors de la première éruption, survient aujourd'hui une nouvelle poussée de tâches à bords élevés, festonnés, limitant des espaces de couleur rosée ou café au lait, — coloration qui varie du reste et se teinte davantage dans le courant de la journée; — cette éruption nouvelle se fait par poussées successives, comme l'urticaire, et s'accompagne de démangeaisons très vives.

Pouls 60, tempér. rect. 38o 2.

L'état général est le même, sauf l'oppression qui est beaucoup plus forte, 60 insp. Les râles ont disparu.

Ce jour-là les bruits du cœur, normaux la veille, deviennent un peu sourds et voilés.

Le soir, la fièvre et la dyspnée ont encore augmenté. Le pouls est à 72.

Il s'est fait une nouvelle poussée sur l'abdomen et les cuisses.

5. — Nouvelle poussée de larges plaques rouges sur les cuisses. Les tâches de la veille sont les unes plus pâles, les autres beaucoup plus foncées, brunâtres.

Pouls 72, respir. 60, temp. axill. 38o 2, appétit conservé. Bon sommeil.

Les bruits du cœur sont comme la veille un peu sourds à la pointe.

6. — Il ne s'est pas fait de nouvelle poussée. Les tâches sont, comme hier, plus foncées, d'autres plus pâles.

Mais il est survenu un phénomène important.

Si on ausculte le cœur, on entend ayant son maximum d'intensité à la pointe, couvrant les deux temps, mais plus prononcé au premier, un souffle assez étendu, léger, superficiel, doux.

Les bruits du cœur sont voilés. Peut-être un peu d'augmentation dans la matité. Pas de voussure, impulsion un peu moindre.

Il se plaint de plus d'une douleur assez vive au niveau de la pointe du cœur là où s'entend le souffle.

Le pouls, non modifié dans ses caractères, est à 72. — Tempér. rectale 38o 3.

La respiration toujours précipitée, r. 60.

Le malade se plaint de douleurs dans la région lombaire.

Etat digestif, *ut suprà.*

Prescript : 12 vent. scarifiées dans la région du cœur, pot. extr. quinquina, 4 gr.

Soir. — Même état du cœur, un peu moins d'oppression , 72 p., r. 60, temp. axill. 38.

Il se plaint de plus d'une douleur assez violente au niveau de l'épine iliaque ant. et sup. droite, douleur qui s'étend à 2 centimètres autour de ce point.

La palpation et la percussion ne fournissent à ce niveau aucun renseignement.

7. — L'éruption reste la même, ainsi que l'état général.

La douleur iliaque persiste sans modificatien , de même que la douleur lombaire.

Les ventouses ont fourni 280 gr. de sang, très couenneux, à caillot dense.

Le malade déclare ne pas sentir d'amélioration dans la douleur précordiale ; les battements du cœur sont en même temps plus tumultueux ; le souffle plus rude au même temps et aux mêmes points.

Pouls 72, r. 60, temp. axill. 38o 2. — Expectation.

8. — Nouvelle éruption de tâches nummulées et festonnées, occupant l'abdomen, les bras et la partie postérieure des cuisses. Une légère desquammation épidermique se remarque sur les tâches anciennes de l'avant-bras droit.

L'oppression est toujours forte, sans râles, r. 60, tempér. axill. 38o 2.

Les bruits du cœur sont plus voilés et semblent plus éloignés. Souffle moins marqué. Mais on n'observe pas de matité ni de voussure très manifestes. La douleur précordiale a augmenté, pouls 72.

La douleur au niveau de l'épine iliaque a augmenté ; il en est de même de la douleur lombaire, c'est au point que le malade ne peut ni se lever ni se tourner. Il est un peu abattu et l'appétit a diminué.

Soir. — Même état, moins de dypsnée, 48 insp.

9. — Nouvelle poussée vers les aines et le côté gauche de l'abdomen de plaques rosées.

Le souffle cardiaque est très intense.

Il est survenu une nouvelle douleur, un peu en dehors et à gauche de l'ombilic, s'irradiant sur le côté.

La douleur iliaque a diminué après l'application d'un sinapisme.

L'appétit a un peu diminué, langue blanchâtre.

Pouls 72, resp. 48.

Même état le soir.

10. — Quelques nouvelles plaques aux jambes, p. 72, r. 48.

11. — La douleur derrière le sternum est vive. Souffle cardiaque, rude, battements du cœur moins éloignés.

Même état digestif.

P. 72, r. 48, t. ax : 36o 8.

On applique un vésicatoire sur la région du cœur.

12. — Amélioration. La douleur précordiale a diminué, le malade se sent mieux, l'appétit est plus ouvert. Pouls très régulier, 72, r. 36, t. rect. 38o 4.

Pas de nouvelles poussées, les plaques anciennes ont beaucoup pâli. Pas de desquammation.

13. — Même état, p. 72, r. 36, t. r. 38°2.

14. — Ce jour-là le malade se plaint pour la première fois d'une douleur de l'épaule gauche qu'il ressentirait depuis deux ou trois jours. Le mieux continue ; du reste, il descend au jardin dans la journée.

Pouls, 72 ; respiration, 36.

15.— La douleur sternale a disparu, mais le souffle persiste à la base plus fort au second temps; les battements du cœur sont plus nets. La douleur de l'épaule est toujours fort vive.

Pouls, 84 ; respir., 48 ; temp. rect., 38°4.

16. — L'épaule est gonflée, la douleur plus intense. Le souffle cardiaque est un peu moins marqué.

Pouls, 84 ; respir., 36 ; temp. rect., 38°.

17.— Un peu de dyspnée, 48 respirations. Le pouls présente des irrégularités, 72 pulsations. La pointe du cœur bat en dehors et à gauche du mamelon où l'on perçoit une ondulation manifeste ; à ce niveau l'oreille entend un frottement rude qui n'existait pas hier. Vésicatoire sur la région du cœur.

La douleur de l'épaule est moins vive.

Etat général sans modification. Temp. rect., 38°2.

18.— Même état général et local.

Respiration, 48 ; pouls, 84 ; temp. rect., 38°.

19.—Douleur de l'épaule persistante. Point de côté à gauche, rien à l'auscultation. Le frottement péricardique a diminué ; le souffle persiste.

Pouls, 84 ; respiration, 36.

20. — Amélioration dans la douleur de l'épaule et du côté. Aucune éruption nouvelle. *Sueurs* très abondantes la nuit, surtout au cou, à la tête et à la poitrine.

Pouls, 84 ; respiration, 48.

21. — Nouvelle éruption de plaques rouges peu élevées vers la région iliaque gauche et de taches arrondies sur la face antérieure de l'abdomen et des jambes. La douleur de l'épaule a disparu. Excoriation au sacrum. Le cœur présente toujours un souffle moins fort, et du frottement péricardique, les claquements sont plus nets. Le malade se trouve beaucoup mieux, il veut se lever. L'appétit est bon.

Respiration, 48 ; pouls, 84 ; temp. ax., 37°4.

22. — Amélioration persistante. Les taches d'hier ont pris une teinte violette pâle. Bruit de frottement péricardique encore manifeste, mais moins marqué. Le malade se lève.

Cette amélioration persiste les jours suivants ; aucun phénomène nouveau ne vient se surajouter. L'éruption disparaît, le souffle devient à peine sensible ; il conserve seulement un peu de frottement péricardique, et va à Vincennes le 31 août. Il peut être considéré comme guéri.

De tout ceci il résulte que des localisations rhumatismales peuvent se faire sur la peau, et que ces localisations peuvent précéder la fluxion articulaire et être pendant quelque temps la seule manifestation du rhumatisme aigu.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Nous arrêtons ici cette revue des localisations diverses du rhumatisme aigu. Nous savons que nous n'avons pas été complet et que beaucoup d'autres déterminations ont été signalées.

Nous n'avons parlé qu'accidentellement de ces *œdèmes* qui se produisent en dehors de la sphère articulaire, à la joue par exemple, et qui peuvent être considérés comme maladie rhumatismale indépendante; nous n'avons pas parlé de la *néphrite* rhumatismale, du *rhumatisme de la vessie* de Stoll, véritable cystite; de la *conjonctivite*, du *glaucôme* et autres maladies de l'œil qui sont parfois nettement sous la dépendance du rhumatisme aigu. Et bien d'autres manifestations encore, moins importantes du reste et moins bien démontrées, nous resteraient à étudier.

Nous avons limité cette étude aux localisations que nous avions vu commencer la série des accidents du rhumatisme articulaire aigu ; nous n'avons pas d'observation dans lesquelles on ait vu les autres déterminations survenir d'emblée.

A côté de ces manifestations si multiples du rhumatisme, se placent certaines maladies qui ont avec lui les plus grandes relations, la scarlatine et l'érysipèle par exemple. Mais ces maladies ne lui appartiennent pas, elles ne font en quelque sorte

que lui préparer le terrain : nous ne pouvons donc, sans trop étendre ce travail, nous en occuper ici.

Ainsi limitée et restreinte, il nous semble qu'un fait général ressort de cette étude : c'est une variabilité infinie dans le moment d'apparition de chacune des localisations rhumatismales, ce que nous avons appelé la *mobilité dans le temps*, en opposition à l'erratisme dans l'économie et dans l'organe que nous avons désigné sous le nom de *mobilité dans le lieu.*

Nous avons vu en effet les diverses localisations survenir d'emblée, précéder l'inflammation articulaire et être pendant un temps variable, la seule manifestation du rhumatisme aigu.

Aussi pouvons-nous conclure que, si l'affection rhumatismale débute ordinairement par l'arthrite, c'est uniquement parce que cette inflammation en est la localisation la plus fréquente ; comme toutes les autres maladies rhumatismales, elle est secondaire, et tenue sous la dépendance de la fièvre rhumatismale, seul trouble essentiel et primitif. Les localisations ne viennent qu'en seconde ligne ; elles ne se dominent que par une fréquence plus ou moins grande, et c'est au hasard que choisit entre elles l'affection rhumatismale pour marquer son début et commencer son évolution ; fait dont nous avons, chemin faisant, signalé l'importance au point de vue des doctrines générales sur la nature de l'affection, du diagnostic, du pronostic et du traitement du rhumatisme aigu.

QUESTIONS

sur

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normale. Des aponévroses.

Physiologie. De la sécrétion de la bile et du rôle de ce liquide.

Physique. — Description des piles les plus usitées.

Chimie. — Théorie sur la constitution chimique des sels, solubilité des sels, action des sels les uns sur les autres. Lois de Berthollet, de Wollaston, etc.

Histoire naturelle. — Des tiges; leur structure, leur direction ; caractères qui distinguent les tiges des monocotylédonées et des dicotylédonées. Théories sur leur accroissement.

Pathologie externe. — De l'astigmatisme.

Pothologie interne. Des concrétions sanguines dans le système veineux.

Pathologie générale. Des métastases.

Médecine opératoire. — De la valeur des appareils inamovibles dans le traitement de la coxalgie.

Pharmacologie. — Des gargarismes et des collutoires; des collyres gazeux, liquides, mous et solides; des injections, des inhalations, des lotions, des fomentations, des fumigations, etc.

Thérapeutique. — Des indications de la médication tonique.

Hygiène. — De l'action de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale. — Empoisonnements par le chloroforme et l'éther.

Comment peut-on reconnaitre la présence de ces anesthésiques dans le sang.

Accouchements. — Des paralysies symptomatiques de la grossesse.

Vu, bon à imprimer,
Le Président,
BOUCHARDAT.

Permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.

TABLE DES MATIÈRES

Lille, imp. Lefebvre-Ducrocq.